Ueber palpable Nieren.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 21. März 1890

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Leopold Kuttner

aus Gr.-Glogau.

OPPONENTEN:

Hr. Cand. med. Hugo Dammholz.
- Cand. med. Erich Kallius.
- Dd. Albert Meyer.

BERLIN.

Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).

Linienstrasse 158.

Seinem hochverehrten Lehrer

dem

Herrn Professor Dr. C. A. Ewald

in dankbarer Ergebenheit

gewidmet

vom

Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535701_0164

Obwohl in den letzten Jahren wiederholt werthvolle Arbeiten über die bewegliche Niere erschienen sind, so ist unser Wissen über diese so häufig vorkommende Erkrankung immer noch ein ungeordnetes und lückenhaftes. In der Erwägung, dass durch die Beobachtung eines reichen Materials einige wichtige diesbezügliche Streitfragen vielleicht ihre richtige Deutung erfahren könnten, habe ich deswegen auf Veranlassung von Herrn Prof. Ewald und mit dessen gütiger Unterstützung, sowie unter freundlicher Beihilfe seines Assistenten Herrn Dr. Mertsching in der Poliklinik des Augusta-Hospitals zu Berlin eine Reihe von eingehenden Untersuchungen angestellt über die Beweglichkeit der Nieren und den Zusammenhang einer solchen mit den Erkrankungen des Gesammtorganismus, im Speciellen des Magens, deren Resultat unter Berücksichtigung der über diesen Gegenstand vorhandenen Literatur mir im Folgenden zu veröffentlichen gestattet sei.

Wir bedienten uns, um dies vorwegzunehmen, zur Orientirung über die Lage und zur Diagnose der Beweglichkeit der Nieren der bimanuellen Untersuchung. Dieselbe wird vorgenommen, indem sich der zu Untersuchende in horizontaler Lage mit nur wenig oder garnicht erhöhtem Haupte befindet. Drückt man, während der Patient diese Körperlage inne hat, mit der einen (linken) Hand kräftig die Lumbalgegend ungefähr in der Höhe der XII. Rippe ein und legt die andere Hand (rechte) der hinten operirenden entsprechend ganz flach und etwas schräg der vorderen Bauchwand auf, so dass die Finger dem Rippenbogen parallel gerichtet sind, so fühlt man, falls die Niere erheblichere Dislocation erfahren hat, mit der vorn aufgelegten rechts unterhalb der Leber, links unterhalb des Magens und der Milz einen rundlich länglichen Körper, den wir durch ganz langsames Eindrücken der Finger als Niere erkennen und meist ohne Schwierigkeit abtasten können. Erschwert die Spannung der Bauchmuskeln von Seiten aufgeregter Patienten die Untersuchung, so empfiehlt es sich, zur Verringerung des abdominellen Drucks den Patienten aufzufordern, die Schenkel in der Hüfte leicht zu

flectiren, den Mund zu öffnen oder auch nach dem Vorschlage Lindner's[1]) und Israel's[2]) die Untersuchung in der Seitenlage vorzunehmen.

Auf diese Weise wird es rechts sowohl wie links meist gelingen, nach der Vorderwand des Bauches hin dislocirte Nieren zu diagnosticiren.

Hat die Niere dagegen ihre normale Lage an der hinteren Bauchwand noch nicht völlig aufgegeben, so können wir ihre Beweglichkeit nachweisen, indem wir den Patienten tiefe Inspirationen machen heissen und dann während der nachfolgenden Exspiration ganz allmählich die Finger der auf der vorderen Bauchwand ruhenden Hand tiefer eindrücken. Dieses schrittweise Vorgehen schützt uns vor plötzlichen Contractionen der Bauchmuskulatur und gewährt uns den Vortheil, dass wir allmählich die Niere zwischen die Finger der vorn und hinten operirenden Hand bekommen. Bei dieser Art von Palpation kann man leicht einen platten, gleichmässig derben, ovalen Körper fühlen und die bewegliche Niere zwischen den Händen hin- und hergleiten lassen; zuweilen sogar gelingt es, wie dies Schütz anführt und wovon auch wir uns überzeugen konnten, das Pulsiren der Art. renalis durchzufühlen, öfters kann man einen concaven Rand, den Hilus der Niere, erkennen. Das Gefühl ist ein so charakteristisches, dass derjenige, welcher ein paarmal darauf aufmerksam gemacht worden ist, sich kaum jemals zu einer falschen Diagnose bezüglich der Natur des sich bewegenden Körpers wird verleiten lassen. Form und Consistenz, Lage und Grösse der Niere, ganz besonders aber das eigenthümliche Gleiten derselben zwischen den Fingern beider Hände im Gegensatze zu dem gleichmässigen, an In- und Exspiration gebundenen langsamen Herab- und Hinaufsteigen des soliden Leberrandes schützen den einigermassen geübten Untersucher fast sicher vor einer Verwechselung. Differentialdiagnostische Irrthümer, die nach den Auseinandersetzungen Landau's[3]) häufig vorkommen sollen, werden daher, wie dies auch Lindner schon betont hat, bei der Berücksichtigung des Ganges und Charakters der vorausgegangenen Beschwerden, von denen ich später ausführlich werde zu reden haben, unter Zuhülfenahme der Ergebnisse der Palpation nur sehr schwer unterlaufen können. Gelingt es

---

[1]) Lindner: „Ueber die Wanderniere der Frauen". Heuser's Verlag 1888 pag. 10.

[2]) Israel: „Ueber Palpation gesunder und kranker Nieren." Berl. Klin. Wochenschrift 1889 No. 7.

[3]) Landau: Die Wanderniere der Frauen. Berlin 1881 p. 76—81.

trotz bestehenden Verdachtes auf bewegliche Niere bei der Untersuchung in Rückenlage nicht, die Beweglichkeit nachzuweisen, so möchte ich empfehlen, die bimanuelle Palpation in der geschilderten Weise bei dem stehenden Patienten vorzunehmen. Will man z. B. die rechte Niere palpiren, so tritt man an die linke Seite des zu Untersuchenden, heisst ihn den Oberkörper nach vorn beugen und durch ruhiges tiefes Athmen bei geöffnetem Munde den Leib „recht weich" machen und operirt dann mit der rechten Hand hinten, mit der linken vorn genau so, wie wir es oben geschildert haben. In einer ganzen Reihe von Fällen wird man so das bewegliche Organ erreichen, auch wenn die Palpation in der Rückenlage ein negatives Resultat ergeben hat.

In Folge der grossen Beweglichkeit, welche die Niere zuweilen zeigt, kann dieselbe auch durch einen auf sie ausgeübten Druck oder schon durch Contraction der Bauchmuskeln nach dem Zwerchfell hin an ihren normalen Platz zurückkehren und hier verharren.

Häufig sind wir dann im Stande, durch rasche Bewegungen, Lageveränderungen, welche wir den Kranken vornehmen lassen, oder mittelst des von Rollet[4]) angegebenen Handgriffes durch „einen mit der Beugefläche der Finger in der Lendengegend angebrachten Druck" dieselbe wieder zum Vorschein zu bringen. Unter gewissen Bedingungen, deren Deutung nicht immer möglich ist, kommt es aber zuweilen vor, dass die in die Lendengegend zurückgeschlüpfte Niere selbst bei Inanspruchnahme aller genannten Hülfsmittel der Untersuchung unzugänglich bleibt. So gelang es uns z. B. einmal nicht, eine bewegliche Niere, von deren Vorhandensein wir uns einige Stunden vorher deutlich überzeugt hatten, kurze Zeit nachher zu palpiren, nachdem der Patient in der Zwischenzeit zwischen I. und II. Untersuchung Nahrung zu sich genommen hatte. Mit Rücksicht hierauf ist es unbedingt falsch, sich bei bestehendem Verdacht auf Wanderniere mit dem negativen Ergebniss einer einmaligen Untersuchung zu begnügen; auch der geübteste Untersucher wird zuweilen erst nach der zweiten oder dritten Untersuchung in der Lage sein, ein endgültiges Urtheil über das Vorhandensein einer beweglichen Niere zu stellen, resp. eine solche mit Sicherheit auszuschliessen.

Viel weniger geeignet, als die in der horizontalen Lage und im Stehen des Patienten vorgenommene Palpation ist das von

---

[4]) Rollet: Pathol. und Therap. der beweglichen Niere. Erlangen 1886 p. 23.

einigen Autoren vorgeschlagene Palpiren in der Knie-Ellbogenlage, und zwar deswegen, weil in dieser die Niere nach dem Zwerchfell zu fallen die Neigung hat und wir somit die für die Untersuchung ungünstigsten, oben geschilderten Verhältnisse bekommen.

Von den anderen Untersuchungsmethoden wird die Percussion und Inspection empfohlen. Da schon die Percussion der normalen Nieren, wie dies Weil in seinem „Handbuch der topographischen Percussion“ ausgesprochen hat, meist fruchtlos ist, so wird diese Art der Untersuchung für die Diagnose einer beweglichen Niere nur von ganz untergeordnetem Werthe sein können. Wenn es auch zuweilen vorkommt, dass der Schall auf der der beweglichen Niere entsprechenden Seite heller und voller ist, so kann ich doch dieser inconstanten Schalldifferenz nicht die Bedeutung zuschreiben, die ihr von Autoren wie Rollet, Trousseau, Guttmann etc. gegeben worden ist.

Halte ich nun schon das percutorische Ergebniss bei der Untersuchung der (beweglichen und) dislocirten Nieren für ein durchaus unbefriedigendes, so muss ich vollends ebenso wie Stiller, Keppler, Landau und andere die von Rollet an der kranken Seite beobachtete Einsenkung der Lendengegend, welche besonders deutlich in der Knie-Ellbogenlage hervortreten soll, in Abrede stellen.

Während wir demnach diese Untersuchungsmethoden zur Diagnose einer Ren mobilis wenig oder garnicht benutzen können, wird uns die Erkenntniss der beweglichen Niere wesentlich erleichtert durch die respiratorischen Excursionen, welche dieselbe fast ausnahmslos zeigt. Ob der normal gelagerten und fixirten Niere eine durch Palpation nachweisbare Verschiebung zukommt, dürfte noch nicht endgültig entschieden sein. Von James Israel[5]) wird eine solche als durchaus physiologisch angenommen und diese Annahme durch die Beobachtung begründet, dass man die durch einen Lumbalschnitt blossgelegte Niere unter dem Einfluss der Athmung sich hat bewegen sehen. Wenn auch diese Thatsache nicht zu bezweifeln ist, so fragt es sich zunächst doch, ob es jedesmal normale Nieren waren, die bei dieser Beobachtung in Betracht kamen und nicht solche, welche entweder selbst der Sitz einer Erkrankung waren oder auch solche, deren Beziehung zu den Nachbarorganen durch krank-

---

[5]) Dr. James Israel: „Ueber Palpation gesunder und kranker Nieren“. Vortrag gehalten am 13. Decemb. 1888 im Verein für Heilkunde. Berl. Klin. Wochenschr. No. 7.

hafte Zustände alterirt war. Denn es liegt wohl nichts näher als der Einwand, dass Nieren, welche Zweck eines chirurgischen Eingriffes geworden sind, unmöglich normale Verhältnisse haben darbieten können. Abgesehen hiervon dürfte wohl auch die „bis auf die Fettkapsel freigelegte“ Niere noch unter anderen Einflüssen stehen als die unter normalen Verhältnissen festgehaltene und fixirte Niere; dieser durch Operationen gelieferte Beweis der respiratorischen Nierenverschiebung verliert meiner Meinung nach ferner schon deswegen an Gewicht, weil bei diesen Versuchen der natürliche Widerstand der Muskulatur ganz wegfällt, der grade hierbei eine nicht zu unterschätzende Rolle spielt.

Nach zahlreichen eingehenden Untersuchungen am Lebenden bin ich deshalb zu dem Resultat gekommen, jede Niere, die bei der Palpation eine deutliche respiratorische Verschiebung erkennen lässt, für pathologisch zu halten.

Zu diesem Ausspruche glaube ich mich aus verschiedenen Gründen berechtigt. Zunächst sind diese geringen Grade der Beweglichkeit deswegen schon als pathologisch zu bezeichnen, weil sie häufig die Veranlassung zu mehr oder weniger heftigen Beschwerden werden können. So kam es in unserer Poliklinik zu wiederholten Malen vor, dass Patienten mit Klagen unbestimmter Art unsere Hilfe in Anspruch nahmen, für welche sich eine andere Ursache als die palpable Niere nicht nachweisen liess. Ferner aber waren wir in zahlreichen Fällen, die im Uebrigen ganz die günstigen Verhältnisse darboten, auf die James Israel (l. c.) in seiner Arbeit aufmerksam macht, geringes Fettpolster, schlaffe Bauchdecken, leere Därme, ein nicht zu kleiner Abstand der unteren Rippen vom Darmbeinkamm, starke Beckenneigung, nicht im Stande, eine sich bewegende Niere zu palpiren, obschon wir alle Mittel der Untersuchung erschöpften.

Gegen eine grössere respiratorische Locomotion der normalen Niere scheint mir aber auch die topographische Anatomie und zwar vor Allem die Art der Befestigung des Organs zu sprechen.

Wir wissen, dass die Niere in der Regio lumbalis der Bauchhöhle gelegen hinten mit ihrer Fettkapsel durch lockeres Bindegewebe an die Hinterwand des Bauches und alle umgebenden Theile geheftet ist, während vorn das Peritoneum ziemlich straff die Capsula adiposa überzieht und sich dann unterhalb und seitlich von derselben an die Rückenwand des Abdomens ansetzt. So durch die Capsula adiposa, die von Bartholin Ligamentum renis genannt wird, in ihrer Lage erhalten, reicht die Niere zu beiden Seiten der Wirbelsäule etwa vom XII. Brust- bis

zum I. oder II. Lendenwirbel und wird hier durch diesen ziemlich unbeweglichen Theil der Wirbelsäule noch besonders vor Verschiebungen geschützt. Nach aufwärts ragt die Niere hinein in den Raum der Bauchhöhle, welcher aussen noch vom Thorax umfasst wird, hinten ist sie ziemlich fest mit dem Muscul. quadratus lumborum und dem lateralen Schenkel der Pars lumbalis des Zwerchfells verbunden. Letzterer entspringt von den Ligg. arcuata Halleri (intern. et extern.), von denen das mediale von der Seite des I. oder II. Lendenwirbelkörpers zur Spitze des Querfortsatzes desselben Wirbels, das laterale im Anschluss daran von dem Querfortsatze des I. (oder II.) Lendenwirbels bis zur Spitze der XII. Rippe zieht. Gewiss ein Drittel der Vorderfläche der rechten Niere soll normaler Weise von der Leber bedeckt sein und letztere verdankt der anliegenden Niere Abdrücke, Facieculae renales. Die vordere Fläche der linken Niere wird in ihrem obersten Drittel von der Milz, in den beiden unteren Dritteln vom Colon descendens bedeckt.

Verschiebt sich nun die Niere nach unten, so muss diese Verschiebung — normale Verhältnisse vorausgesetzt — zwischen hinterer Bauchwand und der dieser zugewandten Fläche der Capsula adiposa erfolgen, die Niere muss also mit sammt ihrer Fettkapsel tiefer treten; das dort befindliche lockere Zellgewebe erfährt dabei eine Dehnung, das Peritoneum eine Zerrung. Es fragt sich nun, ob die Kräfte, welche bei der respiratorischen Locomotion die Niere nach abwärts treiben sollen, im Stande sind, irgend einen erheblichen Effect in dieser Beziehung auszuüben.

Da die Niere ausserhalb des Cavum peritonei liegt, so muss auch der mit der Respiration wechselnde intraabdominelle Druck auf sie eine ganz andere Wirkung ausüben als auf die intraperitoneal gelegenen Organe. Vor Allem wird der gesteigerte Druck bei der Inspiration eher ein Tiefertreten der normal fixirten Niere erschweren als ein solches begünstigen. Dass ein Herabtreten der Niere durch die tiefe Respiration nicht bewirkt wird, ist auch schon von Landau (pag. 10 und 12) hervorgehoben worden, der die Aspirationskraft des Zwerchfelles und den intraabdominellen, durch die normal functionirende Bauchpresse bewirkten Druck als physikalische Ursachen ansieht, welche neben den genannten anatomischen Factoren die Niere fixiren und der mit Pansch normaler Weise nur eine schwache Drehung des oberen Theiles der Niere um ihre Querachse annimmt.

Auch ich will eine geringe respiratorische Locomotion der

normalen Niere, soweit eine solche innerhalb des lockeren retrocapsulären Bindegewebes möglich erscheint, durchaus nicht in Abrede stellen, nur möchte ich bestreiten, dass diese geringen Verschiebungen für die palpirenden Finger wahrnehmbar seien. Dass die Niere kleine Verschiebungen erfahren kann, erklärt sich daraus, dass beide Nieren mit ihrer oberen Hälfte auf den Zwerchfellschenkeln aufliegen, die von den Rippen entspringen. Contrahirt sich dieser Theil des Diaphragmas und geht dabei aus der gewölbten in die mehr gestreckte Form über, so kann die Niere um ein kleines Stück nach abwärts gedrängt werden; ist die Inspiration eine tiefe, so dass noch Lunge in den unter ihr gelegenen Pleuraraum d. h. in den Sinus pleurae oder in den von Gerhardt so benannten Complementärraum eintritt, so wird die Verschiebung eine etwas grössere werden. Wie wir schon oben betonten, sind diese Kräfte aber viel zu gering, um grosse Excursionen des hinten und vorn in der geschilderten Weise fixirten Organes hervorzurufen; diese sind nur möglich, wenn dasselbe seiner natürlichen Befestigungsmittel entbehrt; auf welche Weise dann eine respiratorische Verschiebung zu Stande kommt, soll später ausführlich auseinandergesetzt werden, dass aber eine solche eintritt, nachdem die Niere leicht beweglich geworden ist, steht sicher fest und ist auch schon von Rollet[6]) behauptet worden.

Wenn ich nun aber auch geneigt bin, die durch die bimanuelle Untersuchung nachweisbare respiratorische Verschiebung der normal an der Hinterwand des Bauches gelagerten Niere für pathologisch zu halten, so möchte ich doch eine nur durch dieses Phänomen der respiratorischen Locomotion ausgezeichnete Niere nicht als Wanderniere bezeichnen, zumal da mit diesem Namen von einigen Autoren ganz andere Begriffe verbunden werden. So trennt Litten[7]) betreffs der Lagerungsveränderungen der Nieren scharf von einander die Dislocation und die Beweg-

---

[6]) Rollet: „Pathol. und Therapie der beweglichen Niere". Erlangen 1866. p. 24. „Obwohl die Niere eigentlich ein retroperitonealer Tumor ist, auf welchen in der Regel die Bewegungen des Zwerchfells keinen Einfluss nehmen, so wird dieselbe doch dem Drucke des Zwerchfells auf die Leber und Gedärme nachgeben und beim tiefen Athmen herabrücken müssen, sobald dieselbe sehr leicht verschiebbar geworden und aus der Lendengegend in die Bauchhöhle mehr oder weniger bedeutend vorgefallen ist."

[7]) Litten: „Ueber den Zusammenhang der Magenerkrankungen mit Lageveränderungen der rechten Niere". Verhandlungen des Congresses für innere Medicin. VI. Congress 1887. Herausgegeben von Leyden und Pfeiffer. p. 223.

lichkeit. Während bei der einfachen Dislocation, welche meist angeboren, selten erworben ist, die Beweglichkeit ganz fehlt oder nur im geringen Grade vorhanden ist, spielt dieselbe bei der zweiten Form der Lageanomalien, welche Litten bewegliche Nieren mit oder ohne Dislocation nennt, die Hauptrolle. Bei dieser letzten Gruppe nun unterscheidet der genannte Autor 1) die bewegliche Niere, 2) die Wanderniere. Mit diesen Beiworten will Litten nicht verschiedene Grade der Beweglichkeit, sondern verschiedene anatomische Bedingungen bezeichnen und zwar insofern, als er „bewegliche Niere" diejenige nennt, welche hinter der Bauchwand „extraperitoneal" gelegen ist zwischen Peritoneum und Muskulatur, während er als „Wanderniere" diejenige ansieht, welche in einer „Ausstülpung des Bauchfells" gelegen, also durch ein Mesonephron charakterisirt ist. Ein fernerer Unterschied soll nach Litten darin bestehen, dass die bewegliche Niere acquirirt, die Wanderniere congenital ist. Diese von den genannten Gesichtspunkten ausgehende Trennung in eine bewegliche Niere und in die Wanderniere erscheint mir nun deswegen unzweckmässig, weil meiner Meinung nach jede Niere, welche einen gewissen Grad von Beweglichkeit erlangt hat, je nach Veränderung der Körperlage und je nach dem Drucke und Füllungsgrade der benachbarten Organe und Darmstücke zur Wanderniere im Sinne Litten's werden kann, wenn nur das vorüberziehende Bauchfell schlaff und nachgiebig ist, ohne Unterschied, ob die Beweglichkeit der Niere angeboren oder erworben worden ist.

Mit Vernachlässigung dieses von Litten gemachten anatomischen und genetischen Unterschiedes, der meiner Meinung nach nur ein gradueller ist, sind wir jetzt gewohnt, als sogenannte Wanderniere diejenigen Nieren anzusehen, welche eine sehr bedeutende Dislocation und Beweglichkeit zeigen, und wir finden bei den meisten Autoren[8]) nur eine Unterscheidung in die fixirt dislocirte und die beweglich dislocirte Niere, welche letztere die Franzosen wohl auch rein flottant, die Engländer floating oder movable kidney nennen. Da nun aber sehr häufig die Beweglichkeit und die Dislocation der mobilen Niere nur einen mässigen Grad annehmen und wir verhältnissmässig selten Gelegenheit haben, eine ganz exquisite Ren mobilis zu konstatiren, so stellte sich das Ergebniss heraus, verschiedene Grade in der Beweglichkeit dieses Organes zu unterscheiden.

[8]) Dr. Hertzka: „Ueber dislocirte Nieren". Wiener med. Presse 1876 No. 47 und Landau: „Ueber die Wanderniere der Frauen". p. 5.

Diesem Bedürfniss scheint M. Glénard[9]) Rechnung getragen zu haben, als er die Ren mobilis nach 4 Graden klassificirte, deren verschiedene Merkmale etwa folgende sind:

1. Man fühlt nur den unteren Rand der Niere.
2. Man fühlt die ganze Niere, ohne dass man die Contouren deutlich abgrenzen kann.
3. Man kann die Contouren deutlich abgrenzen.
4. Die Niere liegt direct unter der vorderen Bauchwand.

Diese Eintheilung gewährt nach meinem Erachten nur einen sehr unvollkommenen Einblick in die Entwickelung der Erkrankung und es dürfte oft sehr schwer sein, diese Grade von einander zu trennen. Dieselbe Niere, deren Contouren wir heute ohne jegliche Schwierigkeit abtasten können, wird morgen durch Ueberlagerung des gefüllten oder auch des leeren Darmes, durch zuweilen gar nicht zu deutende Verhältnisse schwer mit den palpirenden Fingern in ihrer ganzen Ausdehnung zu umschreiben sein; andererseits aber wird wohl auch eine bewegliche Niere, deren Grenzen wir nach allen Seiten hin durch Palpation bestimmen können, zuweilen ihren Platz an der vorderen Bauchwand haben oder mit Leichtigkeit durch manuelle Handgriffe des Untersuchenden oder Bewegungen des Patienten nach vorn dislocirt werden können. Wir sehen also, dass die Grade 2 und 3 in der Eintheilung Glénard's nur von augenblicklichen Zufälligkeiten abhängig sind und dass Nieren, die den zweiten oder dritten Grad dieser Beweglichkeit erreicht haben, unmittelbar in den vierten Grad übergehen oder übergeführt werden können.

Will man die verschiedenen Stadien, in denen eine Niere der Palpation bei der bimanuellen Untersuchung zugänglich erscheint, zur Anschauung bringen, so empfiehlt es sich, folgende 4 Hauptformen aufzustellen.

---

[9]) M. J. Cuilleret: „Étude clinique sur l'Entéroptose ou maladie de Glénard. Gazette des Hopitaux 1888 No. 109 p. 1008. Sp. 2 und ff.

A. La pointe de néphroptose ou néphroptose au premier degré, dans lequel on ne sent par la palpation néphroleptique que le pôle inférieur du rein, à la fin de la période d'affût.

B. La néphroptose au deuxième degré, dans lequel on peut retenir tout le rein entre les doigts, sans pouvoir toutefois former avec les doigts un sillon en comprimant les tissus au dessus du rein.

C. La néphroptose au troisième degré, dans lequel on peut, en rapprochant le pouce et le médius gauche, former un sillon net au dessus du rein. C'est le rein mobile des auteurs.

D. La néphroptose au quatrième degré ou rein flottant, c'est le rein que l'on sent à travers la paroi abdominale antérieure par la simple palpation vulgaire.

1. Die Niere zeigt nur eine deutlich nachweisbare respiratorische Beweglichkeit, ohne erheblich dislocirt zu sein.
2. Die Niere zeigt eine Dislocation I. Grades, das heisst, wir können von der Niere $^1/_3$ — $^1/_2$ — $^2/_3$ palpiren, dieselbe ist meist respiratorisch beweglich, lässt sich mit den Händen verschieben und ist mehr oder weniger nach vorn dislocirt.
3. Die Niere zeigt eine Dislocation II. Grades, d. h. die Niere ist in ihrer ganzen Ausdehnung palpabel, lässt sich leicht verschieben, ist respiratorisch beweglich, liegt der vorderen Bauchwand nahe oder lässt sich derselben leicht nahe bringen.
4. Die Niere ist dislocirt fixirt, d. h. die Niere ist an einer abnormen Stelle fixirt.

Ich will hier gleich hinzufügen, dass ein Theil der dislocirt fixirten Nieren angeboren und von geringer klinischer Bedeutung ist, dass aber nicht selten eine dislocirt fixirte Niere erworben werden kann, indem sie sich aus der mobil dislocirten Niere durch locale Entzündungsprocesse entwickelt. Beispiele hierfür sind zur Genüge beschrieben worden. Wie wir später sehen werden, ist es nicht schwer, sämmtliche vorkommenden mobilen Nieren unter diese Eintheilung zu rubriciren.

Um zu verstehen, wie sich ein Grad aus dem anderen entwickeln kann, ist es erforderlich, sich über die ätiologischen Momente klar zu werden, welche die Entstehung einer palpablen und beweglichen Niere bedingen. Hierbei haben wir in erster Linie der Factoren zu gedenken, welche im Stande sind, die Fixation der Niere zu lockern oder aufzuheben und sie so in andere Beziehung zu setzen zu den Organen, welche ihr benachbart sind.

Zunächst kommt hierbei nach einigen Autoren der Schwund des Fettes der Capsula adiposa renis in Betracht. Mit dieser Ansicht stimmt auch die Erfahrung überein, dass wir die bewegliche Niere nicht selten bei den mit allgemeiner Consumption des Fettes einhergehenden Erkrankungen, wie bei Phthise, Carcinom etc. oder im Verlaufe acuter, mit hohem Fieber verbundener Krankheiten, wie bei Typhus, Malaria etc. auftreten sehen. Verschwindet das Fett aus den Zellen der Capsula adiposa und tritt an die Stelle des früheren dicken Polsters ein lockeres, weitmaschiges Bindegewebe, so verliert die Niere dadurch ihren früheren festen Halt und muss vermöge ihrer Schwere nach abwärts sinken. Während sie früher einen ziemlich gleichmässigen Druck auf das sie überziehende Bauchfell aus-

übte, wird nunmehr dieser Druck ein einseitiger, nach abwärts gerichteter, das Peritoneum giebt vermöge seiner elastischen Structur nach und wird so ausgezogen. Allmählich bildet sich dann auf diese Weise eine Art Mesenterium für die Niere, das dem in seinen Bewegungen kaum noch behinderten Organe ähnliche Excursionen gestattet, wie wir sie an den mit langem Mesenterium versehenen Organen der Bauchhöhle in der Norm beobachten. Wie schon angedeutet wurde, bedarf die Ausbildung dieses Zustandes einer ziemlich langen Zeit. Eingeleitet wird derselbe dadurch, dass in dem Maasse, als das Fett aus der Capsula adiposa schwindet und die Niere tiefer sinkt, die respiratorischen Excursionen des Organes an Grösse zunehmen und den palpirenden Fingern mehr und mehr zugänglich werden. Indem die Niere nach abwärts sinkt, muss sie allmählich aus dem Bereiche der ihre Locomotion direct vermittelnden Zwerchfellscontractionen kommen und es wird ein Moment eintreten, wo sie von diesen gar nicht mehr — wenigstens nicht mehr unmittelbar — betroffen wird. Während bis jetzt die Verhältnisse für die rechte und linke Niere gleiche waren, ändern sich jetzt dieselben für die rechte insofern, als von nun an die Leber die ihr von dem Zwerchfell mitgetheilten, sehr erheblichen Dislocationen auf die Niere überträgt und diese bei jeder Inspiration nach abwärts drängt. Diese Uebertragung respiratorischer Verschiebung wird dann erst zu Stande kommen, wenn die Niere so weit nach unten gesunken ist, dass ihr oberer Pol das Niveau der unteren Leberfläche erreicht hat, dann aber auch um so eher, als das mobile Organ nicht nur nach unten, sondern auch nach vorn und innen sinkt — wie dies von Landau beschrieben und begründet wird — und somit das Profil der Niere erheblich weiter in das Innere der Bauchhöhle hervorspringt, als das zu der Zeit der Fall war, wo das Organ noch seine normale Lage inne hatte. Die Leber findet an dem vorspringenden Tumor bei ihrer Abwärtsbewegung einen Widerstand und wird in dem Bestreben, diesen zu überwinden, einen je nach der Tiefe der Inspiration verschiedenen, nach abwärts gerichteten Druck auf die Niere ausüben, der seinerseits wieder zur Dislocation des Organes beitragen muss.

Ich glaube, man darf in den geschilderten Verhältnissen der rechten Niere zu der Leber einen wesentlichen Grund für das häufigere Vorkommen von rechtsseitiger Ren mobilis erblicken. Demnach werden auch alle Factoren, welche die Raumverhältnisse des rechten Hypochondriums beschränken, zu dieser Abnormität beitragen müssen.

Hierher gehört nun vor Allem der Einfluss des Schnürens, das zuerst von Cruveilhier als ein wichtiges Moment für die Entstehung der beweglichen Niere angegeben worden ist. Obwohl in den neueren Arbeiten über die Ursachen der beweglichen und dislocirten Nieren grade der Einwirkung der Schnürbänder und der durch diese entstehenden Zusammenpressung des unteren Thoraxraumes nur ein sehr geringer Werth beigelegt worden ist, so liegt hierin, wie dies von Müller-Warneck und auch schon von älteren Autoren[10]) hervorgehoben worden ist, ein nicht zu unterschätzender Factor zum Entstehen der beweglichen Niere.

Müller-Warneck beschreibt und begründet in No. 30 der Berliner Klinischen Wochenschrift, Jahrgang 1877 ausführlich die Bedeutung dieser weit verbreiteten Unsitte. Durch diese müssen nach dem genannten Autor in Folge der Raumbeschränkung und des dadurch gesteigerten Druckes die Zwerchfellsactionen ausgiebigere werden; dadurch wird eine respiratorische Locomotion der intraabdominellen Theile, Leber, Milz, Nieren herbeigeführt. Ferner müssen aber auch in Folge der von aussen wirkenden Compression die Eingeweide innerhalb des eingeschnürten Theiles näher an einander rücken. Letzterer Umstand wird sich besonders bei einer schon mobilisirten rechten Niere geltend machen, indem dieselbe aus ihrer normalen Lage herausgepresst und an die Rückkehr in dieselbe verhindert wird. Sie kommt dadurch unter das Niveau der untern Leberfläche zu liegen, und die vergrösserten respiratorischen Bewegungen dieses Organs bewirken Dislocationen, die oft genug den II. Grad erreichen. Ich habe die Schnürfurche bei Frauen oberhalb des Nabels verlaufen und die untere Brustapertur in der von Müller-Warneck beschriebenen Weise umspannen sehen. Wenn, wie dies Lindner[11]) behauptet, die Schnürfurche unterhalb des untersten Thoraxumfanges verliefe, so wäre nicht einzusehen, wie dieselbe so oft ihre unzweideutigen Spuren an der Leber durch Bildung abgeschnürter Lappen hinterlassen könnte.

Wenn ich somit auch den Einfluss des Schnürens für recht bedeutungsvoll zum Zustandekommen einer Ren mobilis dexter halte, so kann ich demselben doch nicht den Werth beilegen, der ihm von Cl. Weisker[12]) gegeben wird, welcher dieses Moment

[10]) Hyrtl: „Lehrbuch der Anatomie des Menschen" pag. 677.
[11]) Lindner: l. c. p. 8
[12]) Dr. Clemens Weisker in Gera: „Patholog. Beziehungen der Nierenbänder zur Gallenblase und ihren Ausführungsgängen". Schmidt's Jahrbücher der gesammten Medicin. Bd. CCXX p. 249.

als das wichtigste aller Ursachen der Lageveränderung der rechten Niere bezeichnet. Nach dieser Auffassung Weisker's ist es unerklärlich, warum bei der ziemlich allgemeinen Unsitte des Schnürens verhältnissmässig nur so wenige Frauen an einer Wanderniere leiden.

Als ein weiteres sehr wichtiges Moment für die Erzeugung einer beweglichen Niere ist von vielen Autoren, besonders von Hertzka, Landau und Senator die Erschlaffung der Bauchdecken angegeben worden, welche häufig bei Frauen beobachtet wird, die mehrere Abortus oder zahlreiche, rasch aufeinander folgende, schwere Geburten überstanden haben. Dieser Punkt wurde auch benutzt, um die grössere Häufigkeit der beweglichen Nieren beim weiblichen Geschlecht zu begründen. Müller-Warneck und Lindner sind dieser Auffassung mit Recht entgegengetreten und haben gegen diesen ätiologischen Grund das häufige Vorkommen der Ren mobilis bei Nulliparen eingeworfen. Nach den von mir angestellten Untersuchungen kann ich behaupten, dass die bewegliche Niere bei jungen Mädchen und bei Frauen, die niemals geboren haben, bei sorgfältiger Untersuchung ebenso häufig gefunden wird, als bei Frauen, die mehrmals schwanger gewesen sind. Abgesehen von diesem Befunde, der im Allgemeinen mit dem Lindner's übereinstimmt, spricht gegen letztere Vorstellung schon die Erwägung, dass die Schwangerschaft einen Einfluss auf die Spannung der Bauchwand beziehungsw. auf den intraabdominellen Druck, wie ihn Hertzka[13]) annimmt, fast garnicht oder nur in sehr geringem Grade ausübt. Dass durch eine Volumszunahme, wie sie bei der Schwangerschaft bedingt ist, der Druck im Abdomen sich nicht ändert, glaubt Braune der leichten Dehnbarkeit des Materials zuschreiben zu können. In einer sehr interessanten Arbeit über den sogenannten intraabdominellenDruck von Dr. Cl. Weisker[14]) in Schleiz finden wir die Ansicht, dass eine Drucksteigerung im Bauche während der Schwangerschaft, die schon Schroeder für zweifelhaft hielt, nicht stattfindet, auch noch dadurch begründet, dass in der Gravidität

---

[13]) Hertzka: „Ueber dislocirte Nieren". Wiener med. Presse 1876 No. 48. „Die Viscera intestina stehen Monate lang unter ganz abnormem Drucke; plötzlich lässt dieser nach, die früher ausgedehnten Bauchdecken retrahiren sich nicht mehr auf ihr früheres Volumen, es tritt das Gegentheil des Gepresstseins ein, die Organe haben mehr Raum als sie benöthigen und die Eingeweide sind nur schlaff, weniger stricte mit einander verbunden als früher."

[14]) Dr. Cl. Weisker: „Ueber den sog. intraabdominellen Druck". Schmidt's Jahrbücher der gesammten Medicin. Bd. CCXIX p. 227.

die Kuppel des Bauchraumes d. h. die untere Brustapertur eine weit breitere wird.

„Auf diese Weise, so führt Weisker aus, wird nun zwar durch Herabrücken der seitlichen Theile des Zwerchfelles die Höhe des Bauchraumes etwas verkleinert, aber die Grundfläche wird grösser, so dass das Product aus beiden dasselbe bleibt."

Ebenso wie eine Steigerung des intraabdominellen Druckes durch die Gravidität wird ein Sinken desselben bei Hängebauch, bei Senkungen der Genitalien von Weisker und, wie ich aus dessen Arbeit entnehme, auch von Schatz ganz entschieden in Abrede gestellt; für unmöglich hält der zuerst genannte Autor fernerhin das Sinken der Niere deswegen, weil der intraabdominelle Druck, „deren Befestigungsmittel", sinkt und desgleichen den stärkeren Zug deswegen, weil „das Fixationsmittel der Bauchdecken" fehlt. Weisker erklärt „diese pathologischen Zustände, mit denen der intraabdominelle Druck, bez. dessen Sinken in Zusammenhang gebracht werden, einfach aus den Gesetzen der Schwere, aus der verminderten Elasticität und aus der Dehnung, besonders der Ligamente". Wie der Hängebauch entsteht durch Dehnung oder Schlaffheit der Bauchdecken, so entsteht die Senkung der Nieren auch nur durch Dehnung und Schlaffheit der Befestigungsmittel. Dass bei bestehendem Hängebauch durch die Wirkung der Bauchpresse dem Entstehen einer beweglichen Niere eine günstige Gelegenheit geboten wird, will ich nicht bestreiten, doch kann ich mit Lindner nicht zugeben, dass derselbe die directe Ursache dazu ist. Auch die Einwirkungen der Lageveränderungen der Genitalien für das Zustandekommen einer Ren mobilis, die Landau und Senator betonen, sind nach unseren letzten Auseinandersetzungen nicht aufrecht zu erhalten. Ich stehe durchaus nicht an, ein häufiges Zusammentreffen dieser beiden Lageanomalien zuzugeben, doch sind diese beiden Erkrankungen vollständig unabhängig von einander, d. h. die eine ist nicht im Stande, die andere hervorzurufen, sondern beide sind nur die Folge einer und derselben Ursache, nämlich der Dehnung und Schlaffheit der Befestigungsmittel, der Ligamente.

Dieser Ueberlegung zur Folge halte ich auch die Ansicht von M. J. Cuilleret[15]), der nach den Angaben M. Glénad's den Prolapsus der Intestina mit dem Namen „Enteroptose" be-

[15]) Cuilleret: „Étude clinique sur l'Entéroptose l. c.: „car s'il peut y avoir entéroptose sans néphroptose, il n'y a pas de néphroptose sans l'entéroptose antérieure ou concomitante".

zeichnet, für nicht berechtigt. Derselbe behauptet nämlich, es könne keine Enteroptose ohne Nephroptose bestehen; ich sehe durchaus keinen Grund vorliegen, warum sich nicht ein Herabsteigen der Niere, mag letzteres bedingt sein durch irgend welche Ursachen, z. B. durch Schwund des Nierenfettes etc. ohne jeden anderen Prolapsus ausbilden kann. M. Féréol scheint in diesem Punkte ebenfalls anderer Meinung als Cuilleret zu sein, indem derselbe den Gedanken ausspricht, dass bei der ohne Symptome verlaufenden Ren mobilis der Prolapsus intestinalis vielleicht fehlt[16]). Ich komme auf diesen Punkt später bei der Symptomatologie noch einmal zu sprechen.

Als weitere Ursachen für die Entstehung einer beweglichen Niere ist von Bequet bekanntlich in Folge des Zusammenhanges zwischen Plexus ovaricus und Plexus renalis die mit der Menstruation häufig einhergehende hyperämische Anschwellung der Niere geltend gemacht worden. Ich brauche diesem Punkte keine grössere Aufmerksamkeit zu schenken, da ein Zusammenhang zwischen Menstruation und beweglicher Niere nach Landau schon deswegen zu leugnen ist, weil nicht jede menstruirende Frau eine Ren mobilis hat.

Ebenso scheint mir der Einfluss des Berufes, also ganz besonders schwere angestrengte Arbeit ohne Bedeutung für die Aetiologie der beweglichen Niere zu sein. Die von mir untersuchten Patienten gehörten zum Theil nur der dienenden Klasse an und waren in Folge dessen gezwungen, mehr oder weniger schwere Arbeit zu verrichten, ein grosser Theil aber stammte aus dem Kaufmanns- oder Beamtenstande, dem nur die Führung der Wirthschaft oblag, ein dritter Theil schliesslich setzte sich zusammen aus jüngeren Mädchen, bei denen von einer angestrengten Thätigkeit keine Rede sein konnte.

Ferner hat man noch Traumen beschuldigt, bewegliche Nieren bewirken zu können, und es fehlt in der Literatur nicht an Beispielen, in denen durch Fall oder Schlag diese Erkrankung acut soll erzeugt worden sein. So beschreibt Cuilleret[17])

---

[16]) De l'Entéroptose de Glénard. Communication faite à la Société des hôpitaux dans la séance du 23 novembre 1888 par M. le docteur Féréol, médecin de l'hôpital de la charité.

„ A mon (Féréol) avis il n'est pas absolument rare de voir des personnes affectées d'un rein mobile qui ne s'en aperçoivent pas et ne sont point malades. Peut-être alors il n'y a-t-il point de prolapsus intestinal."

[17]) Cuilleret: „Entéroptose post-puerpérale et traumatique avec néphroptose au troisième degré". Gazette des Hôpitaux. No. 105 pag. 267.

eine post-puerperale und traumatische Enteroptose, die mit gleichzeitiger Nephroptose III. Grades verbunden war. Auch von meinen Patienten suchten einige die Entstehung ihrer Beschwerden mit einem Falle von der Treppe, vom Turngeräth, mit einer forcirten, hastigen Bewegung bei der Arbeit, z. B. dem Hochlangen der Arme beim Fensterputzen etc. in Verbindung bringen zu können. Es lässt sich meiner Meinung nach in den einzelnen Fällen schwer entscheiden, ob die bewegliche Niere wirklich Folge der Verletzung gewesen ist, oder ob es sich nicht hier, wie dies auch Lindner annimmt, vielleicht nur um eine „stärkere Insultirung resp. Verschiebung" einer schon vorhanden gewesenen Ren mobilis handelt.

Noch eine ganze Reihe von Ursachen ist von den einzelnen Autoren für die Entstehung einer beweglichen Niere geltend gemacht worden. Unter anderem will Drummond[18]) die Ren mobil. in 4 Fällen nach heftigen Brechbewegungen, einmal nach einem starken asthmatischen Anfall haben auftreten sehen.

Da alle weiteren ätiologischen Momente mir noch werthloser erscheinen als die bereits angeführten, so darf ich mich wohl auf das Gesagte beschränken. Wir müssen zugeben, dass die Ursachen für die beweglichen Nieren noch unklar und durchaus nicht im Stande sind, uns bei jeder diesbezüglichen Erkrankung den Grund für die Entstehung derselben zu geben.

Ich möchte mich daher in meinem Urtheil über die Aetiologie der palpablen und beweglichen Nieren vollständig der Ansicht Lindner's zuwenden, der behauptet, „dass es sich in den meisten Fällen um angeborene Anomalien oder wenigstens um eine in der ersten Anlage beginnende Disposition handelt, zu deren weiteren Entwicklung allerdings eine grosse Reihe von Hülfsursachen beitragen kann".

Auch Drummond[19]) hält, wie ich aus der jüngst erschienenen und oben citirten Arbeit entnehme, eine Relaxation des Peritonealüberzuges für angeboren und glaubt, dass in dem gegebenen Falle dieser Zustand des mehr oder weniger stark erschlafften Bauchfells durch gewisse Gelegenheitsursachen pathologisch werden kann.

---

[18]) David Drummond: „Remarks on the Clinical aspects of movable kidney". The Lancet 18. Jan. 1890 p. 121.

[19]) Dr. Drummond l. c. pag. 121: It would appear to me that in the great majority of cases of movable kidney a more or less relaxed condition of peritoneal attachment is congenital, but that certain causes are at work that determine the actual condition as a pathological entity there can be no doubt.

Für diese Annahme spricht nun vor Allem auch das in den letzten Jahren immer häufiger beobachtete Vorkommen der beweglichen Nieren bei Kindern und jungen Mädchen. Alle die angeführten Ursachen, Schwund des Nierenfettes, Einfluss des Schnürens, Wirkung der Bauchpresse bei bestehendem Hängebauch, Einwirkung der Menstruation, ja auch Traumen etc. sind meiner Meinung nach nur Gelegenheitsursachen, die bei einer gewissen Prädisposition zum Zustandekommen einer beweglichen Niere führen oder eine schon bewegliche Niere noch beweglicher machen können, aber an sich allein nicht genügen, eine Niere von ihrer normalen Stelle dauernd oder zeitweise zu entfernen und ihr einen gewissen Grad von Beweglichkeit zu geben.

Wenn ich mir nun in Folgendem gestatte, das Capitel der Aetiologie der beweglichen Niere von dem der Symptomatologie derselben durch statistische Bemerkungen über einige wichtige Punkte unseres Themas zu trennen, so geschieht dies deswegen, weil ich glaube, dass wir uns jetzt mit Hülfe des Vorhergehenden gewisse hierher gehörige Fragen leichter werden erklären können als vorher und andererseits deswegen, weil ich bei der Aufführung der Symptome, die die bewegliche Niere macht, auf diese Statistik werde hinweisen müssen.

Leider war es mir nicht möglich, meine tabellarische Zusammenstellung über 100 von mir selbst untersuchte und mit Rücksicht auf Anamnese und Status genau zusammengestellte Fälle von Ren mobil. dem Rahmen dieser Arbeit anzupassen. Ich muss mich daher augenblicklich damit begnügen, hier nur das Wichtigste dieser Tabelle im Auszuge zu liefern.

Was die Häufigkeit der beweglichen Nieren anbetrifft, so wissen wir, dass diese Erkrankung, die man noch vor nicht allzu langer Zeit als ein anatomisches Curiosum ansah, mit dem wachsenden Interesse für dieselbe immer öfters beobachtet wurde und nach unseren jetzigen Erfahrungen einen der häufigsten Befunde besonders bei den Frauen bildet. Es ist auch mir unmöglich, zahlenmässig genau das Verhältnis festzustellen, in dem die Ren mobilis bei den Frauen auftritt, und es wird dies auch wohl stets unmöglich bleiben, da ganz sicher ein grosser Theil der existirenden palpablen Nieren wegen ihres symptomenlosen Verlaufes nicht zur Untersuchung kommt. Im Allgemeinen glaube aber auch ich, dass Lindner nicht zu hoch gegriffen hat, wenn er annimmt, dass ungefähr auf jede 5. bis 6. Frau eine Wanderniere kommt; nur möchte ich das Wort Wanderniere auch hier wie überall in dem Sinne einer palpablen

Niere aufgefasst wissen, nicht etwa unter der Anschauung, dass diese beweglichen Nieren alle frei im Bauchraum umherwandern.

Viel seltner als bei Frauen ist diese Affection bis jetzt bei Männern gefunden worden. In meiner Tabelle findet sich diese Erkrankung nur 6 mal bei Männern, alle übrigen Beobachtungen betreffen Frauen. Ich will hierbei hervorheben, dass sich das Material der Poliklinik des Augusta-Hospitals mehr aus Frauen als aus Männern zusammensetzt, so dass meine Angaben über diesen Punkt vielleicht nicht ganz der Wirklichkeit entsprechen. Immerhin finde ich auch bei den anderen Autoren Zahlenwerthe, die den meinigen ziemlich entsprechen. So beobachteten:

Namen der Autoren	Anzahl der Fälle	Frauen	Männer
Dietl	9	8	1
Rollet	22	18	4
Henoch	6	4	2
Thun	4	3	1
Rosenstein	59	50	9
Fritze	35	30	5
Stiller	3	3	0
Hertzka	67	59	8
M. Glénard	148	131	17
Ebstein	96	82	12
(Zusammenstellung aus der Literatur			
Lanceraux	64	55	9
Hare	23	20	3
Drummond	31	27	4
Kuttner	100	94	6
	667	584	83

Das häufigere Vorkommen der mobilen Niere beim weiblichen Geschlecht findet seine Erklärung darin, dass bei den Frauen durch die in den weiblichen Gesammtorganismus so tief eingreifenden Sexualvorgänge, Menstruation und Gravidität, und in Folge des Schnürens die Gelegenheitsursache zum Zustandekommen der beweglichen Niere weit zahlreicher sind als beim Mann. Trotzdem glaube ich, dass palpable Nieren bei dem Manne, wenn auch nicht eben so häufig als bei der Frau, so doch etwas häufiger auftreten, als wir bis jetzt anzunehmen ge-

wohnt sind und oft genug wird meiner Meinung nach beim männlichen Geschlechte die Ren mobilis übersehen, weil uns erstens in Folge stärkerer Spannung und des grösseren Widerstandes der Bauchmuskeln die Palpation erschwert ist, zweitens aber auch, weil sehr häufig die Untersuchung versäumt wird, in dem Gedanken, dass dieselbe doch nur ein negatives Resultat ergeben würde. Vielleicht tragen diese Zeilen dazu bei, in der Folgezeit auch bei Männern unser Augenmerk auf die so wichtige Untersuchung der beweglichen Niere zu richten.

Das Alter scheint nach den neueren Beobachtungen ohne wesentlichen Einfluss auf die Entwickelung unserer Erkrankung zu sein. Wir sind selbstverständlich nicht in der Lage, mit Bestimmtheit die Entstehung der beweglichen Niere in ein gewisses Lebensalter zu verlegen, da wir ja in den einzelnen Fällen durch unsere Diagnose einer Ren mobilis immer nur das Vorhandensein derselben beweisen können, ohne dass wir den ersten Anfang der Beweglichkeit festzustellen im Stande wären. Nach meiner Tabelle kamen die meisten Fälle zur Beobachtung zwischen 20 und 30 Jahren, andere Autoren machen folgende Angaben:

Name der Autoren	Anzahl der beob. Fälle	1—10	10—20	20—30	30—40	40—50	50—60	60—70
Dietl	9	—	—	2	3	4	—	—
Rollet	22	—	2	6	11	1	1	1
Keppler	11	1	—	2	5	2	1	—
Landau	42	—	—	4	20	10	7	1
Hertzka	67	—	—	16	27	7	12	5
Lindner[20]) . . .	75	—	12	18	28	14	3	—
Kuttner	100	5	18	34	29	11	2	1
	326	6	32	82	123	49	26	8

Jedenfalls geht aus dieser Zusammenstellung hervor, dass bewegliche Nieren in jedem Alter vorkommen können.

Uebereinstimmend nach dem Urtheil sämmtlicher Beobachter wird die Ren mobilis am häufigsten rechtsseitig gefunden. Abgesehen von dem von mir ausführlich geschilderten Einfluss, den der Druck der Leber auf diesen Befund ausübt, mögen auch wohl die von Landau[21]) angegebenen ungleichen Befestigungs-

[20]) Von 75 weiblichen Patienten mit Wanderniere ohne besondere Auswahl nach dem Journal zusammengestellt.

[21]) Landau pag. 37 u. 38.

mittel der rechten und der linken Niere das verschiedene Verhalten erklären. Das Verhältniss der Ren mobilis dexter zu der Ren mobilis sinister resp. duplex ist nach den verschiedenen Angaben folgendes:

Name der Autoren	Angabe der Fälle	rechte	linke	beide Nieren
Dietl	9	8	—	1
Rollet	22	18	3	1
Henoch	6	5	—	1
Thun	4	3	1	—
Keppler . . .	11	10	1	—
Oerum-Howitz .	34	28	4	2
Landau	42	39	1	2
Hertzka . . .	67	58	7	2
Fritze	30	19	4	7
Schütze	97	65	18	14
Ebstein	91	65	14	12
Hare	23	18	5	—
Lanceraux . . .	43	31	5	7
Glénard[23]) . . .	148	126	3	19
Drummond . .	31	14	2	15
Kuttner[22]) . . .	100	60	15	25
	727	553	81	93

Die von mir untersuchten hundert Fälle klassificirten sich nach dem Grade ihrer Beweglichkeit in folgender Weise in die einzelnen Stadien:

*) Anzahl der Fälle	Niere liegt mehr weniger am Hinterbauch, zeigt resp. Verschiebung	Niere ist dislocirt. I. Grad	Disloc. II. Grad	Niere ist dislocirt, fixirt
Ren mob. dext. 60	13, davon 1 bei Männern	32. davon 2 bei Männern	13	2
Ren mob. sin. 15	2, davon 1 bei Männern	11, davon 1 bei Männern	2	—
75	15	43	15	2

[22]) Ren mobilis dextr. 60 — 57 Frauen — 3 Männer
Ren mobilis sin. 15 — 13 - — 2 -
Ren mobilis dupl. 25 — 24 - — 1 Mann
100 — 94 — 6

[23]) Gazette des hopitaux. No. 109, 1888. Étude clinique sur l'Entéroptose ou Maladie de Glénard par M. Cuilleret pag. 1009.

Néphroptose droite	126 cas	110 femmes	16 hommes
- gauche	3 -	3 -	—
- double	19 -	18 -	1 homme
	148 -	131 -	17 -

Da bei der Ren mobilis duplex der Grad der Beweglichkeit der beiden Nieren verschieden sein kann, so müssen wir auch hierbei rechts und links unterscheiden. Bei der doppelseitigen palpablen Niere lagen die Verhältnisse folgendermassen:

Anzahl der Fälle		Niere liegt mehr weniger am Hinterbauch, resp. verschiebbar	Niere ist dislocirt, I. Grad	Niere ist dislocirt, II. Grad	Dislocirt und fixirt
Ren mob. dext.	25	2⎫ davon je 1 bei	13	10	—
Ren mob. sin.	25	6⎭ Männern	14	5	—
	50	8	27	15	—

Aus dieser Zusammenstellung entnehmen wir, dass die rechte Niere weit häufiger die höheren Grade der Beweglichkeit und Dislocation zeigt als die linke und dieser Umstand spricht wiederum dafür, dass sich rechts der oben angegebene Einfluss der Leber geltend macht, d. h. dass letztere ihre respiratorische Locomotion auf die Niere zum Theil überträgt.

Entgegen der Beobachtung Landau's, dass die Frauen mit Ren mobilis meist wiederholt geboren hatten, erhalte ich nach meiner Tabelle ein ganz anderes Ergebniss. Von den 94 weiblichen Patienten, die ich untersuchte, haben 40 niemals, 10 einmal, 44 zwei- und mehrmals geboren, 16 hatten einmal oder öfters abortirt. In der Tabelle Landau's finden sich unter 45 Patientinnen 31, welche geboren haben, von 11 ist es unbekannt, und drei haben nicht geboren. Nach einer Zusammenstellung von Lindner von 75 Patientinnen haben 24 Omal, 12 einmal, 30 zwei und mehrmals geboren, von den übrigen fehlten die Angaben. Von den 27 weiblichen Patienten Drummond's waren 20 verheirathet, 16 davon hatten geboren.

Kurz erwähnen will ich hier noch das Verhalten des Magens zur beweglichen Niere, von dem ich bei der Symptomatologie noch ausführlich zu sprechen haben werde. Aus äusseren Gründen konnte bei elf meiner hundert Patienten, und zwar 5mal bei rechter, 6 mal bei linker Ren mobilis der Magen nicht aufgebläht werden, bei den anderen 89 Patienten wurde derselbe nach der

*) M. Glénard bekam nach der von ihm aufgestellten Eintheilung in die angegebenen 4 Grade folgendes Resultat:

Néphroptose des Ier et 2e degrès	62 cas;	47 femmes	16 hommes
„ „ „ „ 3e „	81 „	79 „	— „
„ „ „ „ 4e „	5 „	5 „	1 homme
	148 cas;	131 femmes	17 hommes

von Ewald geübten Methode mit Luft aufgetrieben und zwar durch Insufflation mittelst eines eingebrachten Magenschlauches und aufgesetzten Doppelgebläses vom Spray-Apparat. In 10 Fällen entsprachen die Magengrenzen vollständig der Norm und zwar 8mal bei rechtsseitiger, 2mal bei linksseitiger Ren mobilis. Bei den anderen 79 Kranken stand die grosse Curvatur des Magens 2—3 und mehr Querfinger unterhalb des Nabels, die Magenvergrösserung zeigte sich in 47 Fällen von Ren mobilis dexter, 7mal bei Ren mob. sin., 25mal bei Ren mobilis duplex. Als Grenze für die Grösse des normalen Magens, für die es ja ein absolutes Maass nicht giebt, wurde bei meinen Bestimmungen die Höhe des Nabels angenommen.

Dyspeptische Beschwerden beobachtete ich im Ganzen in 70 Fällen, meistens waren dieselben vorübergehender und leichter Natur (Appetitmangel, leichte Cardialgie, Obstipation etc.), in etwa 10 Fällen traten die Magenbeschwerden stärker hervor und lassen sich hier eventuell auf eine Gastrectasie deuten (Anorexie, Vollsein nach dem Essen, Unbehagen, Cardialgie, Aufstossen, Erbrechen, Abmagerung).

Drummond beobachtete seinerseits in 10 Fällen dyspeptische Beschwerden (Ziehen, Drücken), bei 10 Patienten fand er Schleim im Stuhl.

Einen Tiefstand des Magens konnte ich in zehn Fällen constatiren.

Nach der Erörterung dieser statistischen Momente gehe ich zu dem Symptomenbilde über, das sich uns bei einer beweglichen Niere darstellt resp. darstellen kann. Ebenso unklar nämlich wie die Ursachen der palpablen Nieren sind, ebenso unsicher und zweifelhaft ist der Symptomencomplex, welcher der Dislocation der Niere zukommt. Es unterliegt meiner Meinung nach keinem Zweifel, dass ein grosser Theil der bestehenden palpablen Nieren ohne jedes Symptom verläuft, und oft genug hatte ich Gelegenheit, mich von der Richtigkeit dieser Behauptung bei Patienten zu überzeugen, die vorübergehend eines leichten Katarrhes wegen die Hülfe der Poliklinik in Anspruch nahmen und bei denen sich bei eingehender Untersuchung eine oder gar eine doppelseitige Ren mobilis vorfand, ohne dass die Patienten jemals irgend welche Anzeichen von ihrem Leiden verspürt hatten.

Wenn wir nach einem Grunde für diesen Befund suchen, so drängt sich mir die Frage auf, ob in diesen Fällen die palpablen Nieren nicht vielleicht angeboren sein könnten. Eine andere Antwort auf diesen immerhin wichtigen Punkt giebt

M. Féréol[24]) in seiner Arbeit: „De l'Entéroptose de M. Glénard". Das Wesen der von Glénard unter dem Namen Enteroptose beschriebenen Krankheit, die das Bild der Neurasthenie darbieten soll, ist anatomisch charakterisirt durch einen Prolapsus der rechten Krümmung des Colon ascendens, der von einem Tiefertreten der anderen Darmabschnitte und sämmtlicher Eingeweide der Bauchhöhle (Splanchnoptose) gefolgt sein kann.

Besonders häufig ist nun nach Monsieur Glénard die Enteroptose verbunden mit der Nephrotose und zwar ungefähr in dem Verhältniss, dass auf 200 Enteroptosen 60 Nephrotosen kommen; nach demselben Autor sind die Symptome der Ren mobilis abhängig von dem gleichzeitigen Prolapsus der Intestina, nicht von dem Herabtreten der Niere selbst; nach ihm giebt es, wie ich schon früher anführte und zu widerlegen versuchte, überhaupt keine Nephroptose ohne Enteroptose. Dem gegenüber macht auch M. Féréol, der die Ansichten Glénard's in fast allen Punkten theilt, darauf aufmerksam, dass nicht selten bewegliche Nieren zur Beobachtung kommen, die symptomlos verlaufen. Diese Thatsache sucht Féréol durch die Vermuthung zu erklären, dass in diesen Fällen vielleicht nur eine reine Ren mobilis ohne gleichzeitigen Prolapsus intestinalis bestehe. Mir scheint diese Ansicht deshalb nicht annehmbar, weil ich öfters auch bei beweglichen Nieren, die schwere Erscheinungen zeigten, eine Enteroptose, die zwar zuweilen, aber durchaus nicht in der von Glénard angegebenen Häufigkeit vorkommt, nicht diagnosticiren konnte, so dass ich diese nicht als allein massgebend für das Auftreten des für Ren mobilis charakteristischen Symptomencomplexes ansehen kann. Wenn nun auch häufig die Ren mobilis ohne jedes Symptom verläuft, so wirkt sie doch oft genug, wie Landau sich ausdrückt, „in Folge von Zerrung und Compression von Nierenstämmen, Gefässen, Eingeweiden und durch functionelle Störungen in geistiger und körperlicher Beziehung schädlich auf die Kranken".

Verhältnissmässig selten fand ich bei meinen Patienten das Gefühl eines Fremdkörpers ausgesprochen, einige Frauen ver-

---

[23]) De l'Entéroptose de M. Glénard.

Communication faite à la Société des hôpitaux dans la séance du 23 novembre 1888 par M. la docteur Féréol, médecin de l'hôpital de la charité.

Ce coude droit du côlon ascendant est abaissé et l'entraîne le côlon transverse, qui se place en écharpe au travers de l'abdomen; l'estomac lui même suit le mouvement et s'abaisse; en même il peut exister une chûte de tout le paquet de l'intestin grêle . . . .

glichen die Empfindungen, die sie durch die Nieren verspürten, mit den Bewegungen eines foetalen Armes oder Beines im Uterus; einige, welche die Entstehung ihres Leidens mit einem Trauma in Verbindung zu bringen versuchten, wollten das Gefühl gehabt haben, als ob sich plötzlich im Augenblicke des Schlages, Falles, „etwas in der Seite losgerissen hätte", andere konnten das Gefühl der sich bewegenden Niere nicht beschreiben, gaben aber an, dass sie von dem Vorhandensein einer Geschwulst im Leibe überzeugt seien, ja dass sie diese darin herumzuschieben im Stande wären. Die Mehrheit der Patientinnen hatte jedenfalls von der Art ihres Leidens keine Ahnung und führte ihre Beschwerden auf alle möglichen Organe zurück. Das am meisten angegebene Symptom ist der Schmerz, und zwar ein ziehender, kneifender, bohrender Schmerz, der nach meinen Beobachtungen sehr häufig circumskript an der betreffenden Seite, an der die betreffende Niere ihren Sitz hat, gar nicht selten, aber auch an der entgegengesetzten auftritt, oft auch vage von hier nach dem Kreuz zieht und sehr oft nach oben in die Gegend zwischen die beiden Schulterblätter ausstrahlt. Als charakteristisch für diese Schmerzen ist zu bezeichnen, dass dieselben anfallsweise, namentlich bei jeder geringen Anstrengung beim Gehen und Stehen, aber auch beim Sitzen und Liegen, hierbei ganz besonders beim Umdrehen im Bett, auftreten. Ausser diesen unbestimmten Schmerzen konnte ich bei den Patienten mit Ren mobilis zu wiederholten Malen ein neuralgisches Leiden, besonders Ischias, Cruralneuralgien und auffallender Weise in 11 Fällen auch Intercostalneuralgien beobachten.

Dass die Beschwerden bei der beweglichen Niere zur Zeit der Menstruation eine Steigerung erfahren können, findet darin seine Erklärung, dass die Niere, wie wir dies bereits erwähnten, zur Zeit der Menstruation stark anschwillt und dass nun in Folge der grösseren Schwere die Zerrung und Compression von Nerven, Gefässen und Eingeweiden eine weit ausgiebigere wird. Ob umgekehrt Menstruationsstörungen, namentlich eine Vermehrung der Menstruation durch die Dislokation der Niere bedingt werden kann, wage ich nicht zu entscheiden, doch will Lindner in solchen Fällen von Dysmenorrhoe „durch Ruhigstellung der beweglichen Niere neben Aufhebung der allgemeinen Beschwerden auch auf die abnormen Menstruationsverhältnisse" günstig eingewirkt haben. Nicht selten konnte ich bei meinen weiblichen Patienten mit Ren mobilis Klagen über Schwindelanfälle und Ohnmachten hören; wenn auch vielleicht nicht immer hier die bewegliche Niere die directe Veranlassung zu derartigen Anfällen

sein mag, so zweifle ich doch nicht, dass dieselben durch eine dislocirte Niere ausgelöst werden können, zumal da ich bei einer Patientin besonders deutlich zu wiederholten Malen durch leichten Druck auf die Niere eine Ohnmacht hervorzurufen im Stande war, und ich andererseits bei der von uns eingeschlagenen Behandlung, Reposition der Niere durch Tragen einer passenden Bandage, ein Ausbleiben dieser Erscheinungen beobachtete.

Viele Kranke zeigen ausserdem das Bild einer hochgradigen Nervosität, alle die Symptome der Hysterie und Hypochondrie, und gar oft hörte ich die Patienten klagen über eine dauernde, sie nie verlassende Missstimmung. Diese ist meiner Meinung nach nur die Folge der bei jeder Bewegung auftretenden Schmerzen, welche die Patienten zur Schonung und Unthätigkeit veranlassen und so dem Leidenden Zeit genug lassen, sich mit seiner Krankheit, dessen Bedeutung er in den meisten Fällen noch überschätzt, zu beschäftigen.

Erscheinungen von Seiten der grösseren Gefässe, wie solche durch Druck der Niere auf dieselben von Landau und Anderen beobachtet sind, konnte ich, abgesehen von leichtem Herzklopfen, das sich ohne Unterschied bei Tage und bei Nacht bemerkbar machte, mit Sicherheit nicht feststellen. In einigen Fällen fand ich zwar bei der Untersuchung des mit dem Katheter entleerten und mit Salpetersäure unterschichteten Urins eine Opalescenz, einmal sogar eine starke Trübung, die zweifellos auf Albumen zu beziehen war; da jedoch Oedeme nirgends nachweisbar waren und der Urin andererseits keine mikroskopischen Formbestandtheile enthielt, so dürfte die Deutung der hier auftretenden Albuminurie, die bei der einen Patientin ziemlich lange bestehen blieb, nicht ganz leicht sein. Drummond fand in drei Fällen Albuminurie, in drei Fällen Haematurie, und einmal eine durch Section bestätigte Nephritis.

Viel häufiger als diese Druckerscheinungen auf die grösseren Gefässe werden bei der beweglichen Niere Störungen in den Verdauungsorganen in der mannigfaltigsten Art angetroffen. Alle Autoren, auch diejenigen, welche nur einige Fälle von beweglicher Niere beobachteten, stimmen darin überein, dass von den Patienten Klagen über Verdauungsbeschwerden am häufigsten hervorgehoben wurden, ja dass dieselben das ganze Krankheitsbild beherrschen können; trotz alledem aber ist die Frage, ob und in wie weit die bewegliche Niere die Veranlassung zu diesen Störungen sei, noch eine offene und unentschiedene. Dies veranlasste mich, bei meinen Patienten der Untersuchung des Magens meine ganze Aufmerksamkeit zuzuwenden, mich bei jedem einzelnen

eingehend nach den subjectiven Symptomen zu erkundigen und genau den objectiven Befund klarzustellen. In den meisten Fällen fand ich die Beschwerden einer gestörten Verdauung, einer chronischen Dyspepsie. Die Patienten klagen gewöhnlich über faden, pappigen Geschmack, Uebelkeit, Fülle und Spannung der Magengegend, Druckempfindlichkeit derselben, Aufstossen, gesteigertes Durstgefühl, Anorexie. Zu diesen geringeren Beschwerden, die sich bald mehr, bald weniger ausgeprägt bei den meisten der von mir untersuchten Patienten fanden, und die zuweilen noch von Erbrechen begleitet waren, gesellten sich mitunter als Allgemeinsymptome Unbehagen, Benommenheit im Kopfe, Kopfschmerz, Abgeschlagenheit etc. Als Ursache für diese Erscheinungen von Seiten des Verdauungstractus finden wir in den meisten Arbeiten einen gehinderten Austritt des Mageninhaltes in den Darm, Stauung der Ingesta im Darm, als Folge einer bestehenden Gastrectasie angegeben, deren unmittelbare Ursache die Niere sein soll. Zuerst war es wohl Bartels, welcher auf einen Zusammenhang zwischen der beweglichen und dislocirten, unter dem Einflusse des Schnürens stehenden rechten Niere und der Gastrectasie hinwies. Nach ihm sollte die bewegliche Niere die Pars descendens duodeni comprimiren und dadurch eine Stagnation des Mageninhaltes bewirken, es soll, wie Müller-Warneck[25]) dies ausführlich beschreibt: „die durch den mittelst der Schnürbänder auf sie wirkenden Druck nach vorn und innen verschobene rechte Niere den zwischen Hilus renalis dexter und Wirbelsäule herabsteigenden nichtbeweglichen Theil des Duodenums comprimiren, somit eine partielle Verlegung des Lumens desselben und eine Erschwerung und Verlangsamung der Entleerung von Mageninhalt in das Duodenum hervorrufen können". In Folge dieses mechanischen Hindernisses soll eine Ansammlung der Ingesta im Magen stattfinden, zu deren Weiterbeförderung eine verstärkte Thätigkeit der Magenmuskulatur nothwendig wird. Bestehen nun diese gesteigerten Ansprüche an die Arbeit der Magenwandungen längere Zeit hindurch fort, so kommt es nach Bartels allmählich zu einer Erschlaffung der Magenmuskulatur, zu einer Dehnung und Ektasie des Magens, die dann die bekannten Folgeerscheinungen bedingt. Gegen die Richtigkeit dieser Theorie, der sich Malbranc[26]), Schütz[27]) und von Fischer-Benzon an-

[25]) Müller-Warneck: „Ueber die widernatürliche Beweglichkeit der rechten Niere und deren Zusammenhang mit der Magenentwicklung". Berl. Klin. Wochenschrift 1877 No. 30 pag. 430.

[26]) Malbranc: Ein komplizirter Fall von Magenerweiterung. Berl. Klin. Wochenschrift 1880 No. 28.

schliessen, haben sich Einwände von Oser[28]), Landau, Leube, Ewald, Nothnagel und Lindner erhoben und neuerdings hat sich auch Drummond, der auffallender Weise bei seinen 31 Fällen von Ren mobilis niemals Gelegenheit hatte, eine Dilatation des Magens zu beobachten, und der die dyspeptischen Beschwerden auf einen gleichzeitig bestehenden Gastro-Enterokatarrh bezieht, gegen die von Müller-Warneck vertretene Ansicht ausgesprochen.

Mit vollem Rechte wurde gegen diese Hypothese zuerst von Oser, dann von Ewald und von vielen Anderen geltend gemacht, dass ein beweglicher Körper, wie die Ren mobilis ihn darstellt, der grade als charakteristische Eigenschaft eine leichte Verschiebung besitze, der ferner, und das möchte ich noch hervorheben, in den respiratorischen Excursionen, denen er dauernd unterworfen ist, seine Lage fortwährend ändert, begreiflicherweise nicht einen so energischen Druck ausüben kann, dass dadurch dem Mageninhalt ein erheblicher Widerstand entsteht. Aber auch wenn man eine Compression des Darmes durch die Niere annehmen könnte, würde die Peristaltik des Magens meiner Meinung nach eine viel zu kräftige sein, als dass sie die durch die Niere gesetzten Hindernisse nicht mit Leichtigkeit überwinden könnte.

Wenn Müller-Warneck zur Stütze seiner Annahme behauptet, dass die Erscheinungen der Gastrektasie sich bessern, oder sogar schwinden in dem Maasse, als die Niere nach abwärts rückt, so stimmt dies in keiner Weise mit meinen Beobachtungen überein. Sehr häufig fand ich, und wie ich aus Lindner's Arbeit ersehe, beobachtete dieser Autor dasselbe, bei stark dislocirter Niere heftige gastrische Beschwerden bestehen. Die von Lindner angestellte Ueberlegung, dass durch Hinaufdrängen einer dislocirten Niere mittelst Bandage, was nach Bartels und von Fischer-Benzon zur Beseitigung der Magenbeschwerden führen sollte, eine Verschlimmerung der Beschwerden bedingt werden muss, da man durch das Zurückdrängen der Niere das Duodenum wiederum der geschilderten Compressionsgefahr aussetzt, ist auch mir verständlich. An Stelle des Druckes wird von Landau der Zug einer dislocirten Niere beschuldigt eine Gastrektasie hervorbringen zu können, indem ein solcher in Folge der anatomischen Verhältnisse des nach vorn, innen und unten gesunkenen Organs eine Abknickung der Duodenumschenkel bedingen kann. Wenn wir

---

[27]) E. Schütz: Wanderniere und Magenerweiterung. Prager medicinische Wochenschrift 1885, 14. Januar.

[28]) Oser: Die Ursachen der Magenerweiterung. Wiener Klinik 1881 Januar 1. Heft Seite 4.

auch mit Hülfe dieser Ansicht das Auftreten der Magendilatation bei Ren mobilis sinister, das ich, wie aus meinen statistischen Bemerkungen hervorgeht, wiederholt beobachtete und das nach der Bartels'schen Theorie ganz unerklärlich erscheint, begründen können, so möchte ich doch diesem Zusammenhang zwischen Niere und Magen, dessen Vorhandensein ich durchaus nicht in Abrede stelle, nicht eine so grosse Bedeutung beimessen, als dies von dem genannten Autor geschehen ist. Selbst bei einer Dislocation II. Grades wird die Niere, abgesehen davon, dass sie in der beschriebenen Weise nur zeitweise wirken kann, immer nur eine unbedeutende Zerrung an dem Zwölffingerdarm ausüben können, geschweige denn in den Fällen, in denen die Ren mobilis nur sehr beschränkte Excursionen zu machen im Stande ist, das heisst bei den geringeren Graden der Beweglichkeit und Dislocation, wo doch aber thatsächlich auch Magenerweiterungen nachweisbar sind.

Eine ganz andere noch zu berücksichtigende Erklärung für den Zusammenhang zwischen Magenerkrankungen und den Lageveränderungen der rechten Niere giebt Litten, welcher die Magenausdehnung für die ursächliche Affection der Nierenverschiebung ansieht. Zu dieser Ansicht kommt Litten durch folgende Betrachtung. Zunächst schliesst der genannte Autor deswegen, weil er unter 40 Fällen von Tiefstand und Dilatation des Magens 22 mal die rechtsseitige Nierendislocation, also in der Mehrzahl die Erweiterung beobachtet hat, dass in diesen Fällen die häufigere Erkrankung, die Magenerweiterung das Primäre gewesen sei. Da Litten selbst diesen Schluss nicht für beweisend, sondern nur für wahrscheinlich hält, brauche ich auf die naheliegenden Einwände, welche man gegen denselben erheben könnte und die bereits zum Theil von Nothnagel gemacht worden sind, besonders, dass die Magenerweiterung hier auch durch secundäre Momente bedingt sein könnte, und dass oft auch Magenerweiterungen ohne gleichzeitige Ren mob. vorkommen, nicht näher einzugehen. Lenhartz[29]) konnte in 16 Fällen von Magenerweiterung nicht ein einziges Mal gleichzeitige bewegliche Niere feststellen.

Etwas anders steht es mit der anatomischen Begründung. In den von Litten beobachteten Fällen soll der Vorgang derartig gewesen sein, dass auf eine primäre Insufficienz der Magenmuscularis mit secundärer Ektasie des Magens eine Dislocation der rechten Niere nach oben mit gleichzeitiger Beweg-

[29]) Dr. Hermann Lenhartz: „Beitrag zur modernen Diagnostik der Magenkrankheiten". Deutsche Medicin. Wochenschrift 1890 No. 7 pag. 138.

lichkeit gefolgt sei und zwar so, dass man bei der Inspiration den unteren Nierenrand unter dem unteren rechten Rippenbogen hervorkommen fühlen konnte. Hierbei soll der untere Rand der Niere ungefähr da liegen, wo unter normalen Verhältnissen der obere Rand liegt. Der Mechanismus bei diesem Vorgange soll darin bestehen, dass der ektatische Magen in Folge der Volumszunahme die benachbarten Organe, hauptsächlich die Leber, weit weniger die Milz in die Höhe drängt. Der Dislocation der Leber nach aufwärts gegen die untere Thoraxapertur soll durch Vermittelung des Ligamentum hepato-renale, welches sich von der unteren Leberfläche zur rechten Niere erstreckt, die Verschiebung des zuletzt genannten Organs nachfolgen. Ausser der Verdrängung der Leber durch den erweiterten Magen kommt bei den Versuchen von Litten an der Leiche weiterhin noch der durch die Ausdehnung des Duodenums bewirkte Druck als primäre Ursache für die Nierenverschiebung nach oben in Frage. Es würde mich zu weit führen, wollte ich hier näher auf die einzelnen Experimente, welche Litten an der Leiche anstellte, eingehen; da es mir ausserdem leider nicht möglich war, selbst diese Versuche zu wiederholen, kann ich mich nur auf einige theoretische Raisonnements beschränken.

Auf die Ergebnisse an Leichen ist meiner Meinung nach, wie ich das schon früher einmal betonte, deswegen wenig Gewicht zu legen, weil hier der natürliche Widerstand der Bauchdecken wegfällt, weil ferner die Gesetze der Schwere beim Lebenden ganz anders wirken als an der Leiche, weil, was hier vielleicht weniger in Frage kommt, aber trotzdem auch nicht ganz zu vernachlässigen ist, die Einwirkung des Respirationsmechanismus ausser Acht bleibt und weil schliesslich, wie dies His[30]) experimentell nachwies, nach dem Tode die Gestalt der Leber und Niere dadurch geändert wird, dass in diesem Zustande der Druck der Gefässe und der Füllungsgrad in denselben sich wesentlich anders gestalten als beim lebenden Individuum. Im Uebrigen aber scheint mir diese Nierendislocation nach oben auch aus anderen Gründen zweifelhaft. Zunächst ist es auffallend, dass man bei Arbeitern und unteren Beamten, welche nach Litten deswegen, weil sie „während der kärglich zugemessenen Mittagspause in kurzer Zeit grosse Quantitäten schwer verdaulicher, namentlich amylaceenreicher Kost herunteressen, dann nachher sofort wieder an die Arbeit gehen", das grösste Contingent von Erkrankungen an Mageninsufficienz und Magenerweiterung stellen,

[30]) His: Archiv für Anatomie und Physiologie 1878.

verhältnissmässig nur sehr selten bis jetzt diese Verschiebung hat nachweisen können; fernerhin glaube ich, darf man der vorübergehenden Volumszunahme der Leber und der Druckwirkung des ausgedehnten Duodenums keine so grosse Bedeutung beilegen, dass diese Momente allein fähig wären, das schwere Organ, die Leber, nach oben zu drängen. Auch für den Fall, dass ich eine Verschiebung der Leber nach oben zugebe, kann ich nicht verstehen, dass das Ligamentum hepato-renale, das ja doch nur eine Duplikatur des Peritoneums vorstellt, welches letzteres sich bei jeder Nierendislocation mehr oder weniger im Zustande der Erschlaffung befindet, einen so energischen Zug an der Leber ausführen kann.

Gegenüber allen diesen Auffassungen nun ist von Oser, Nothnagel, Leube[31]) und von Ewald[32]) betont worden, „dass in der Mehrzahl der Fälle von Gastrektasie und Ren mobilis offenbar kein ursächliches Verhältniss, sondern eine einfache Coincidenz besteht".

Ich schliesse mich dieser Ansicht an, möchte aber zur näheren Erläuterung und zum besseren Verständniss noch auf einige Punkte hinweisen. In einer grösseren Anzahl sämmtlicher Fälle von Magenerweiterung haben wir es meiner Meinung nach nicht mit einer Gastrectasie, sondern mit einem zuerst von Herrn Prof. Ewald[32]) unter dem Namen Megastrie beschriebenen Zustande zu thun.

Die gastrischen Beschwerden, welche die Patienten mit einer beweglichen Niere uns darbieten und die von mir früher beschrieben worden sind, sind sehr oft nur vorübergehender und leichter Natur und bieten durchaus nicht immer das Krankheitsbild der Gastrectasie; so konnte ich verhältnissmässig nur sehr selten das für Dilatatio ventriculi charakteristische Symptom, das Erbrechen von copiösen Massen feststellen, obschon nach dem Aussehen und dem Kräftezustand der Patienten zu urtheilen, eine so hochgradige Erschlaffung der Magenmuskulatur, dass es an Kraft zum Vomitus fehlen könnte, auszuschliessen war. Ich glaube, dass wir mit Recht den geschilderten Symptomencomplex in der Verdauungsstörung auf Rechnung eines augenblicklich bestehenden Magenkatarrhes schreiben können, der bei einem „grossen Magen" leicht vorkommt. Wie aber entsteht nun diese von mir vorausgesetzte Megastrie und ist dieselbe wirklich so häufig, als ich

[31]) Verhandlungen des Congresses für innere Medicin. Wiesbaden 1887 S. 223.

[32]) C. A. Ewald. Klinik der Verdauungskrankheiten. II. Die Krankheiten des Magens. Berlin 1889 pag. 128.

anzunehmen geneigt bin? Ich wende mich zuerst der Beantwortung der zweiten Frage zu. Wir wissen, dass es innerhalb gewisser Grenzen sehr schwer, ja unmöglich ist zu unterscheiden zwischen einem normalen Magen und einem pathologisch vergrösserten. Wir können somit oft nur eine relative Dilatation annehmen, nicht eine absolute; denn es ist wohl selbstverständlich, dass wir der Körpergrösse des zu untersuchenden Individuums, der Dehnungsfähigkeit der Magenmuscularis etc. gewisse Schwankungen gestatten müssen. Im Allgemeinen aber kann man die Diagnose auf Dilatation stellen, wenn die Curvatura magna ventriculi die Höhe des Nabels nach unten überschreitet oder wenn nach Herrn Professor Ewald der Magen über eine Capacität von 1600—1700 ccm hinausgeht. Einen Magen von solcher Beschaffenheit, d. h. also ein solcher, der diese angegebenen Maasse bald mehr bald weniger überschreitet, werden aber alle diejenigen häufig zu sehen Gelegenheit haben, welche die unberechtigte Scheu vor dem Magenschlauch abgelegt und sich daran gewöhnt haben, der Untersuchung des Magens auch in denjenigen Fällen eine grössere Sorgfalt zuzuwenden, in denen die Kranken nicht mit ausgesprochenen gastrischen Beschwerden, sondern vielleicht nur mit Klagen unbestimmter Art zu ihnen kommen. Bei Kindern und bei Erwachsenen, bei Männern und bei Weibern konnte ich sehr oft einen solchen grossen Magen feststellen, der dem betreffenden Individuum wenig oder gar keine Beschwerden machte.

Eine Ursache für diesen Befund liegt meines Erachtens in der gewohnheitsmässigen Ueberfüllung des Magens durch eine zu reichliche Aufnahme von Speisen und Getränken, besonders durch die Zufuhr einer grossen Menge unzweckmässiger, den Magen stark belastender Nahrung; hierzu gehört vor Allem der reichliche Genuss von Kartoffeln und Kaffee, der in der Ernährung des arbeitenden Standes eine grosse Rolle spielt. Eine derartige Ueberlastung ist als die wichtigste Ursache für eine erworbene Megastrie anzusehen im Gegensatze zu dem grossen Magen, der angeboren vorkommt. Sehr treffend vergleicht Strümpell[33]) derartige Zustände mit den am Herzen vorkommenden Dilatationen und bezeichnet dieselben als „Ueberanstrengung des Magens".

Der dehnbare normale Ventriculus wird lange Zeit hindurch den an seine Thätigkeit gestellten Anforderungen mit Hülfe

---

[33]) Lehrbuch der speciellen Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten. Bd. I. Leipzig 1889 pag. 614.

einer sich allmählich ausbildenden Hypertrophie der Muscularis gewachsen sein, er wird aber mehr und mehr ausgedehnt werden. Es unterliegt keinem Zweifel, dass ein solcher Magen leicht zu Katarrhen und auch zu Gastrectasie neigt, dass er aber durchaus nicht identisch ist mit letzterer. Herrn Professor Ewald gebührt das Verdienst, zuerst auf die Verwechselung der Gastrectasie und Megastrie hingewiesen zu haben, eine solche Verwechselung liegt, glaube ich, in einem grossen Theil der Fälle vor, in denen eine Gastrectasie in Folge einer Ren mobilis diagnostizirt wird. Ausser der Megastrie kann noch ein einfacher Tiefstand des Magens, ein Herabsinken, die Gastroptose der Franzosen, das Bild einer Gastrectasie vortäuschen.

Wenn wir den Magen durch Luft auftreiben, so finden wir allerdings öfter die grosse Curvatur des Magens ziemlich weit unterhalb des Nabels stehen, aber bei genauerem Zusehen macht sich gleichzeitig ein Eingesunkensein in der Gegend des Scrobiculus cordis, ein Tiefstand der kleinen Curvatur geltend. Ich habe bereits mehrmals von der Enteroptose der Franzosen gesprochen und will hier noch bemerken, dass dieselbe häufig von einer Splanchnoptose, besonders von einer solchen Gastroptose (Glénard) sans dilatation gastrique gefolgt sein kann. Letztere ist anatomisch begründet und entsteht nach Cuilleret[34]) durch den Zug, den der dislocirte und prolabirte Darm durch Vermittelung des Ligamentum pylori-colicum auf den Magen ausübt.

Nach diesen ausführlichen Auseinandersetzungen über den Zusammenhang der Magenvergrösserung mit der Ren mobilis will ich resumirend meine Meinung dahin aussprechen, dass sehr häufig gleichzeitig Erkrankungen beider Organe zur Beobachtung kommen, dass dieses Zusammentreffen aber nur eine zufällige Coincidenz ist. Ich behaupte ferner, dass die bei dislocirter Niere angetroffene Magenerkrankung nur selten eine ausgesprochene Gastrectasie ist, dass sie vielmehr sehr häufig nur das Bild einer akuten, oder mehr chronisch verlaufenden Gastritis, die einen „grossen" oder einen tiefer als normal stehenden Magen betroffen hat. Zur Stütze dieser Behauptungen will ich noch anführen, dass wir häufig auch bei Patienten, die keine Ren mobilis und keines der anderen für Gastrectasie angegebenen ursächlichen Momente zeigten, eine Megastrie und eine Gastroptose diagnostiziren konnten, die oft genug zur Zeit eines Magenkatarrhs die-

---

[34]) Cf. Cuilleret: Gazette des Hôpitaux 1888 No. 109. Etude clinique sur l'Entéroptose ou maladie de Glénard pag. 1009 Sp. 2. Quant à la gastroptose et à la relation du prolapsus intestinal etc.

selben Störungen der Verdauung verursachte, wie ich sie bei den durch Ren mobilis complicirten Fällen der Magenerkrankung beschrieben habe.

Von der Richtigkeit der Annahme, dass mit einem Reponiren der beweglichen Niere mittelst einer Bandage auch die gastrischen Beschwerden gemildert oder gar beseitigt werden könnten, habe ich mich nur selten überzeugen können, meistens sahen wir uns genöthigt zur Heilung der Magenerkrankung eine spezielle Therapie anzuwenden; umgekehrt dagegen fand ich zu wiederholten Malen, dass mit dem Nachlassen der dyspeptischen Störungen auch die Beschwerden von Seiten der Ren mobilis geringer wurden und dass auffallender Weise zur Zeit einer neuen Magenindisposition die Symptome der palpablen Niere weit deutlicher hervortraten.

Was die übrigen subjektiven Symptome anbetrifft, welche bei der Ren mobilis auftreten können, so will ich hierin, da meine Beobachtungen darüber durchaus nicht von den bereits beschriebenen abweichen, kurz sein und auf die früher erschienenen Sonderarbeiten verweisen.

Am häufigsten von allen den noch zu erwähnenden Beschwerden hört man Klagen über eine hartnäckige Verstopfung, die bedingt werden kann durch ein Tiefertreten des Colon und durch Dislocation oder gar durch eine Knickung des Darmes, also durch ein mechanisches Hinderniss, die jedoch oft nur die Folge einer Atonie des Darmes und der Erschlaffung der Bauchdecken ist.

Dass die bei Ren mobilis beobachteten Fälle von Icterus, die nach Litten ihre Erklärung in einer Compression der Gallenwege finden sollen, nicht die unmittelbare Folge des dislocirten Organes sind, ist bereits von Stiller[35]) und Landau[36]) durch anatomische Erwägung widerlegt worden.

In einer mir allerjüngst erst zugegangenen Arbeit von Weisker[37]) werden die bei Wandernieren bestehenden Störungen in der Gallenexcretion, die sich ausser in Icterus noch in Hydrops, Cholelithiasis und Empyem der Gallenblase äussern können, als ein ziemlich häufiger Befund besonders hervorgehoben und durch den Zusammenhang erklärt, der zwischen der äusseren Nierenkapsel und den Gallenausführungsgängen einerseits und

---

[35]) Stiller: Bemerkungen über Wanderniere. Wiener medicinische Wochenschrift 1879 No. 5.

[36]) Litten: Charité-Annalen 1880 pag. 193.

[37]) Dr. Clemens Weisker in Gera l. c. p. 249 ff.

zwischen Ductus cysticus und dem Lig. hepato-renale andererseits besteht.

„Auf rein mechanischem Wege kommt nach Weisker durch eine Zugwirkung am Lig. hepato-duodenale im Ductus cysticus in Folge der sein Lumen verengernden Heister'schen Klappe, ferner in Folge eines weit geringeren Druckes in der Gallenblase, als der, den 1 m Wassersäule ausübt, zuweilen eine Stauung zu Stande."

Dass durch diesen soeben beschriebenen Mechanismus Functionsstörungen der Gallenblase bedingt werden können, scheint mir verständlich, doch, glaube ich, sind diese seltener als Weisker annimmt; ich selbst habe bei meinen mit Ren mobilis behafteten Patienten derartige Complicationen nie auftreten sehen.

Ein eigenthümlicher Symptomencomplex, welcher bei Kranken mit Wanderniere plötzlich entstehen kann und sich im Allgemeinen in heftigen spontanen und gesteigerten Druckschmerzen des Abdomens, Angstgefühl, Schwindelanfällen, Brechneigung, Erbrechen, Fieber etc. äussert, ist zuerst von Dietl[38]) als Niereneinklemmung beschrieben worden. Als Ursache für diese schwere Erkrankung, die sich objektiv durch eine schmerzhafte, grosse Geschwulst in der Tiefe des Bauches, Spannung und Resistenz der Bauchdecken zu erkennen giebt und die Anfangs mit einer spärlichen Secretion eines dunklen Urins verbunden ist, welcher erst nach einigen Tagen heller und reichlicher wird, giebt Dietl eine Einklemmung der Niere in dem umgebenden Bindegewebe und Peritoneum und eine daraus resultirende mehr oder weniger heftige circumskripte Peritonitis an. Dieser Meinung schliessen sich einige Autoren vollständig, andere nur theilweise an; es würde mich zu weit führen, wenn ich hier auf die Ansichten der Einzelnen näher eingehen sollte, ich will mich deshalb darauf beschränken, die Erklärungen Landau's[39]) und Lindner's[40]) für die Entstehung und Symptome der sogenannten Niereneinklemmung anzugeben. Landau leitet dieselbe von einer Torsion der Nierengefässe, besonders der Nierenvene und einer consecutiven akuten Stauung ab. Mit drei, meiner Meinung nach berechtigten Einwürfen sucht Lindner diese Ansicht zu widerlegen und dieselbe dadurch zu ersetzen, dass er diesen akuten Zustand der Niereneinklemmung demjenigen

[38]) Dietl: Wiener medicinische Wochenschrift 1864 pag 563.
[39]) Landau l. c. pag. 50 u. ff.
[40]) Lindner l. c. pag. 11 und 19.

entsprechend hält, „den man, sobald er chronisch und schleichend auftritt, als intermittirende Hydronephrose bezeichnet", die häufig bei Wanderniere beobachtet wird.

Da es mir an Sectionsbefunden, die allein allen Raisonnements gegenüber eine sichere Entscheidung in dieser wichtigen Frage bringen könnten, fehlt, will ich die grosse Zahl der bereits bestehenden Hypothesen über die Genese der Niereneinklemmung nicht noch durch neue vermehren, zumal da mir die Erklärung Lindner's viel Bestechendes zu haben scheint.

Leichtere Störungen der Harnorgane, kolikartige Schmerzen beim Uriniren, häufiges Drängen zum Urinlassen, geringe Polyurie fand ich verhältnissmässig häufig; dieselben waren aber meist nur unbedeutend und vorübergehend.

Aus dieser Beschreibung geht, glaube ich, zur Genüge hervor, dass die Ren mobilis unter so verschiedenen Symptomen — doch möchte ich hier noch besonders betonen, dass der Grad der Nierendislocation auf die Schwere der Erscheinungen merkwürdiger Weise ohne jeden Einfluss ist — auftreten kann, dass wir ein einheitliches Krankheitsbild von diesem Leiden nicht zu geben im Stande sind. Im Allgemeinen möchte ich empfehlen, besonders bei dyspeptischen und rheumatischen Beschwerden, bei Hysterischen und bei Neurasthenikern der Untersuchung der Nieren in Bezug auf ihre Lage eine grössere Aufmerksamkeit zu schenken, als man zu thun gewohnt ist. Wenn wir uns hiernach richten, werden wir auch in der Behandlung dieser Erkrankungen bessere Erfolge als bisher zu verzeichnen haben, die zuweilen nur deshalb ausbleiben, weil wir die begleitende oder sogar ursächliche Nierenerkrankung vernachlässigen.

Dies führt mich zur Therapie der Ren mobilis. Es ist wohl selbstverständlich, dass eine solche überhaupt erst dann nothwendig wird, wenn die Wanderniere zu schmerzhaften Erscheinungen geführt oder gar einen bedrohlichen Charakter angenommen hat.

Wie über Aetiologie und Symptomatologie, so weichen aber vollends auch über die Therapie der Ren mobilis die Ansichten der einzelnen Autoren von einander ab. Während Keppler[41]) zur einzig möglichen Heilung der Wanderniere die Exstirpation derselben vorschlägt, wird von Landau[42]) und Anderen jede operative Behandlung verworfen, von E. Hahn[43]) dagegen hinwiederum

---

[41]) Keppler: Langenbeck's Archiv XXIII.
[42]) Landau.
[43]) Hahn.

die Nephrorrhaphie, das Annähen der Niere ausgeführt. Bei dieser Meinungsverschiedenheit wird es dem Praktiker schwer werden, sich im gegebenen Falle für die eine oder andere Behandlungsweise zu entscheiden. Ich will deshalb mit wenigen Worten auf dieselben eingehen.

Abgesehen davon, dass bei einer so eingreifenden Operation, wie die Nierenexstirpation ist, für jeden Patienten die Gefahr vorliegt, in Folge der Operation (Blutungen, Septhaemie) zu Grunde zu gehen, haben sich die von Landau ausgesprochenen Bedenken, dass nämlich Steinerkrankungen ganz besonders dann vorkommen, wenn nur eine Niere functionirt, dass ferner nach Entfernung der einen Niere doch die zweite noch beweglich und dislocirt werden kann, in praxi bewahrheitet. In No. 2 der Berl. klin. Woch. vom Jahre 1889 führt Dr. Hager[44]) einen Fall an, wo sich als Folgeerscheinungen der Exstirpation der Ren mobilis dexter bei einem 22 Jahr alten Fräulein eine Dislocation der linken Niere und Steinbildungen im linken Nierenbecken einstellten, die den Exitus letalis der Patientin in Folge von Uraemie erwarten liessen.

Nach der von Brodeur aufgestellten Statistik über Nephrectomie bei beweglicher Niere sind unter 36 Fällen 8 Todesfälle bemerkt worden; Martin[45]) hat sieben Nephrectomien gemacht, mit 4 Heilungen und 3 Todesfällen; de Jonge[46]) zählt unter 15 Nephrectomien wegen Ren mobilis 8 Heilungen und 7 Todesfälle. So stellt sich ungefähr die Mortalitätsziffer bei der Nephrectomie.

Ich glaube wohl, dass nach diesen Erfahrungen die Exstirpation einer gesunden Niere als ganz verwerflich zu bezeichnen ist. Wie steht es nun aber mit der Hahn'schen Operation? Seitdem dieses Verfahren, welches Landau als einen auf falschen anatomischen und pathologischen Grundanschauungen beruhenden irrationellen Eingriff ansah, angegeben worden ist, ist dasselbe wiederholt in der Praxis mit dem verschiedensten Erfolg geübt worden. Aus einem von Frank[47]) am 3. December 1888

---

[44]) Hager: Berl. Klin. Wochenschrift 1889 No. 2: Wider die Nephrektomie bei Wanderniere.

Berlin. 3. Herr Franz: Ueber die bisherigen Resultate nach Nephrorrhaphie.

[45]) Martin: Berliner klin. Wochenschrift XIX. 10. 1882.

[46]) De Jonge: Beiträge zur Nierenchirurgie, Inauguraldissertation Heidelberg 1882.

[47]) Deutsche med. Wochenschrift. 1889 No. 2. IX. freie Vereinigung der Chirurgen.

in der freien Vereinigung der Chirurgen Berlins gehaltenen Vorträge entnehme ich, dass diese Methode in 56 Fällen erprobt worden ist, ausgeführt an 52 Individuen, worunter in 20 Fällen bei 16 Personen die Operation von Hahn gemacht worden ist. Nach zwei Operationen ist der Tod eingetreten.

Beachtet man nun den Erfolg der Operation in Bezug auf die Beschwerden der Patienten, so ergiebt sich aus den Zusammenstellungen von Frank bei 41 Operationen 22 mal voller Erfolg, 9 mal beträchtliche, 2 mal geringe, 8 mal keine Besserung. Bei den von Hahn ausgeführten Operationen ist dieselbe 4 mal wegen Recidiv wiederholt worden, 2 mal darunter trat eine Nierenhernie ein. Von Küster ist die Nephrorrhaphie 10—15 mal meist mit ziemlich günstigem Erfolge ausgeführt worden. Meine Erfahrungen über diese Art der Behandlung beziehen sich auf 3 Fälle, welche eine Frau und zwei unverheirathete Damen betrafen. Die ausführlichen Krankengeschichten von zwei dieser Patientinnen will ich am Ende der Arbeit folgen lassen, die dritte entzog sich meiner Beobachtung. Bei keiner von diesen Operirten konnte ich eine wesentliche Besserung, geschweige denn eine Heilung verzeichnen, bei zweien waren die Beschwerden nach der Operation geringer gewesen, bald aber traten die alten Schmerzen wieder auf und neue gesellten sich hinzu, welche die an sich schon hysterischen Personen in eine verzweifelte Stimmung versetzten. Die Nieren selbst zeigten nach der Operation ausgesprochene Beweglichkeit und Dislocation. Trotz dieser Misserfolge will auch ich die unter den Cautelen der Antisepsis ausgeführte und dann meist ungefährliche Nephrorrhaphie nicht ganz verwerfen, doch möchte ich die weiteren Versuche mit diesem Operationsverfahren nur auf die schwereren Fälle von Wanderniere einschränken, die bereits zu bedrohlichen Erscheinungen geführt haben; meistens werden wir mit einer passenden Bandagenbehandlung einen ganz befriedigenden Erfolg erzielen. Im Laufe der Zeit sind die verschiedensten Binden und Apparate construirt worden, welche den Zweck haben sollten, die möglichst vollständig reponirte Niere zu fixiren. Es dienen hierzu Leibbinden, Mieder, Bruchbänder, Corsets, deren Tragen aber immer nur dann von Nutzen sein kann, wenn wir nicht schablonenhaft ohne Unterschied jedem Patienten dieselbe Binde empfehlen. Ein Haupterforderniss für eine erfolgreiche Bandagenbehandlung liegt nach meinem Erachten darin, dass man je nach Beschaffenheit der Bauchdecken und des Fettpolsters der betreffenden Patientin individualisirt. Von vornherein für ganz unzweckmässig und sogar für schädlich halte

ich alle diejenigen Binden, welche durch eine aufgesetzte Niere oder durch ein an der kranken Seite befindliches starkes Polster auf die Niere drücken können. Wenn wir erwägen, dass wir oft genug nur durch einen leichten Fingerdruck, den wir von den Bauchdecken aus auf die Niere ausüben, den Patienten die heftigsten Schmerzen verursachen können, so wird es einleuchtend erscheinen, dass wir durch die permanente Reibung, welche die Niere durch solche Apparate erfährt und durch die andauernde Compression derselben eine Perinephritis hervorrufen und so die Beschwerden noch bedeutend steigern können. Fall 92 meiner Tabelle dürfte hierfür einen passenden Beleg bilden. Der Bandagenbehandlung am zugänglichsten sind nach meiner Erfahrung alle diejenigen Fälle von Wanderniere, welche mit einem mehr oder weniger ausgesprochenen Abdomen pendulum combinirt sind. Von dem Gedanken ausgehend, dass durch die Schwangerschaft die Beschwerden von Seiten der Ren mobilis dadurch abgeschwächt werden, dass der wachsende Uterus durch das Hinaufdrängen der Därme die Niere allmählich in die Höhe schiebt, empfehle ich bei Hängebauch eine Bandage, durch deren Polsterung ich im Stande bin, die Därme in die Höhe zu drängen und so indirekt auf die Niere zu wirken. Zu diesem Zwecke lasse ich eine nach innen concave, die Wölbung des unteren Abdomens ziemlich vollständig einnehmende und demselben anpassende Pelotte in der Weise ausfüttern, dass die Wattirung unten am stärksten ist und von unten nach oben zu allmählich abnimmt; auf der convexen Seite dieser Platte befinden sich vom oberen und unteren Rande derselben ungefähr 1—2 Finger entfernt je eine aus Stahl gearbeitete, gut federnde, halbkreisförmige, nach aussen concave Spange, die in der Mitte durch zwei kleine Schrauben an der Pelotte befestigt, derselben anliegt und sich dann mit den nach aussen zu gebogenen Theilen von derselben abhebt und die an ihrem Ende beiderseits einen kleinen Knopf trägt. Dieser dient dazu, die mit mehreren Löchern versehenen Riemen, welche zu beiden Seiten des aus Gummi gearbeiteten Beckengürtels angenäht sind, an der vorderen Pelotte zu fixieren. Um eine Verschiebung der Binde beim Gehen und Arbeiten zu verhindern, sind am unteren Rande des Beckengürtels zwei Schenkelriemen anzuknüpfen, welche von hinten zwischen den Beinen hindurchgezogen und an den am unteren Rande der Pelotte angebrachten Knöpfen zu befestigen sind. Durch die beiden an den Stahlfedern zu befestigenden Riemen, von denen der untere stärker angezogen werden muss als der obere, kann man den Druck stets reguliren. Die vor-

dere Pelotte muss von der Symphyse und jederseits von den beiden Spinae cristae ossis ilei 2 Finger breit entfernt sein, damit die Frauen sich bequem setzen können und damit die Bandage nicht am Knochen reibt, ebenso sind sämmtliche Riemen an den Stellen, wo sie über Knochentheile hinübergehen, stark zu polstern. Bei Patienten, welche keinen Hängebauch zeigen, lasse ich dagegen die Polsterung der Pelotte nicht von unten nach oben, sondern von der kranken nach der gesunden Seite hin geringer werden. Hierbei kommt es darauf an, dass die Unterlage nur ganz allmählich abnimmt und dass sie an der kranken Seite nicht eine ganz umschriebene starke Erhebung bildet, damit wir auch hier nicht einen einseitigen, sondern einen gleichmässigen Druck auf das Abdomen ausüben. Wenn wir nach diesen Grundsätzen individualisirend handeln und nicht dem Bandagisten Alles anvertrauen, sondern selbst angeben, in welcher Grösse und in welcher Form die Binde anzufertigen ist, dann werden wir in vielen Fällen einen günstigen Erfolg von dieser Behandlung sehen; ich sage in vielen, nicht in allen Fällen, denn wir dürfen nicht verschweigen, dass zuweilen selbst eine genau und gut sitzende Binde nicht im Stande ist, die Beschwerden zu erleichtern. Dieser Umstand führt mich zu der Frage, wann sind wir überhaupt berechtigt, dem Patienten die immerhin nicht ganz unbedeutende Ausgabe einer solchen Bandage zu verursachen. Bei der Erwägung dieses Punktes möchte ich einen Handgriff empfehlen, der, wie ich nachträglich gesehen habe, von den Franzosen zur Diagnosenstellung der Enteroptose und Splanchnoptose[48]) benutzt wird. Man legt die ausgebreitete Hand parallel der Symphyse dem unteren Abdomen des zu Untersuchenden flach auf und versucht nun so die Bauchdecken mit den Därmen nach oben zu drängen; verspüren die Patienten, was oft der Fall ist, hierbei eine Erleichterung, so können wir ihnen mit voller Berechtigung zu Anschaffung einer Bandage rathen.

In der Praxis wird man sich oft genöthigt sehen, ausser der Binde noch Einreibungen narkotischer Salben, von Chloro-

[48]) M. le docteur Féréol: De l'Entéroptose de Glénard. Communication faite à la société des hôpitaux dans la séance du 23 novembre 1888. Or chez ces malades faites une expérience bien simple: lorsqu'ils sont debout placez-vous derrière, passez voc bras sous leurs aisselles et appuyez vos deux mains à plat sur le bas-ventre en pressant tout le paquet intestinal. Les malades déclareront, qu'ils sont instantanément soulagés, qu'ils respirent mieux, se sentent plus légers. Ceci fait, écartez vos mains et laissez les viscères redescender dans leur position habituelle, instantanément aussi, le malaise reparaît, le tiraillement, le sentiment de défaillance.

form mit Oleum hyosciami, hydropathische Umschläge, bei Einklemmungssymptomen feuchtwarme Cataplasmen und bei sehr heftigen Schmerzen sogar Morphium zu verordnen.

Sämmtliche Complikationen, Erkrankungen des Genitalapparates, Magenerkrankungen bedürfen selbstverständlich einer speziellen Behandlung. Gegen die Magenbeschwerden werden wir, abgesehen von den diätetischen Vorschriften und regelmässigen Magenausspülungen, die oft ausgezeichnet wirken, mit gutem Erfolge, entsprechend ihrer ätiologischen Entstehung, der Stagnation des Mageninhaltes wegen Bismuthum subnitricum und mit Rücksicht auf die Atonie der Muscularis Strychnin verordnen; letzteres verschreiben wir in der Tinktur oder, der besseren Dosirung wegen, im Extrakt.

Zum Schlusse meiner Betrachtungen sei es mir gestattet, Herrn Professor Dr. C. A. Ewald für die freundliche Ueberlassung des diesbezüglichen Materials, sowie für die mannigfache Anregung zu dieser Arbeit und deren Durchsicht, sowie Herrn Dr. Mertsching für die liebenswürdige Unterstützung, die er mir während der Anfertigung derselben zu Theil werden liess, meinen verbindlichsten Dank abzustatten. Ebenso sage ich Herrn Dr. Brentano, der einen Theil der Anamnesen aufgenommen und mir dann gütigst zur Verfügung gestellt hat, meinen besten Dank.

Zwei Nephrorrhaphien.

5. III. 89. 1. Fräulein E. M., 30 jähriges Dienstmädchen, will als Kind Masern gehabt haben, später als erwachsenes Mädchen stets bleichsüchtig gewesen sein. Pat. hat vor 4 Jahren angeblich eine Bandwurmkur durchgemacht und klagt seitdem über die jetzt noch bestehenden Beschwerden. Seit dieser Zeit will sie magenkrank sein, leidet an Anorexie, Pyrosis, Erbrechen, Obstipatio und will in der letzten Zeit stark abgemagert sein. Vor 8 Jahren ist Pat. von einer hohen Treppe herabgestürzt. Die augenblicklichen Klagen beziehen sich auf Schmerzen in der Kreuz- und Magengegend unterhalb des Rippenbogens rechts, im Kopf, anhaltende Verstopfung, Schwindelanfälle und Mattigkeit. Pat. ist mit 19 Jahren menstruirt, die Periode soll stets regelmässig und normal gewesen sein. Während derselben steigern sich die Beschwerden, ebenso waren dieselben beim Gehen und bei den geringsten Anstrengungen stärker hervorgetreten. Wenn Pat. auf der linken Seite liegt, will sie über Athemnoth zu klagen haben.

Pat. ist eine schwächliche, magere Person von schwacher Muskulatur, geringem Fettpolster, zeigt keine Oedeme, keine Exantheme, keine Drüsenschwellung. Hautfarbe normal, Farbe der sichtbaren Schleimhäute sehr anämisch. In den Brustorganen ist nichts Abnormes nachweisbar. Die untere Curvatur des Magens reicht 2—3 Querfinger unterhalb des Nabels; die Bauchdecke wird mässig gespannt, ist leicht eindrückbar. Der Uterus ist gesenkt. Pat. hat längere Zeit ein Pessar getragen wegen einer Retroflexio. Augenblicklich liegt der Uterus aufgerichtet nach vorn. Die rechte Niere erscheint im Dickendurchmesser etwas vergrössert, ihre Consistenz ist härter als normal. Die Niere zeigt eine Dislocation zweiten Grades, der untere Pol derselben ist drei Querfinger unterhalb des Nabels zu fühlen, die ganze Niere lässt sich leicht abtasten, liegt am vorderen Bauche, zeigt respiratorische Verschiebung und lässt sich leicht dislociren.

Pat. wird mit strenger Diät, Magenausspülungen und später Strychnin behandelt. Während der Ausspülungen bessern sich die Magenbeschwerden recht erheblich, Schmerzen in Kreuz und Seite bleiben bestehen.

Am 12. VII. 89 wird Pat. operirt, die rechte Niere wird angenäht. Nach der Operation lassen die Schmerzen im Kreuz nach, diejenigen in der Seite bleiben bestehen, dazu treten die früheren Magenbeschwerden. Die gegen letztere gerichteten Pulver waren angeblich ohne Erfolg. Pat. wird aus der chirurgischen Behandlung entlassen, nachdem sie eine Bandage mit aufgesetzter Niere erhalten hat, durch deren Tragen sich die Beschwerden nach Aussage des Arztes lindern sollten.

Am 19. VIII. 89 sucht Pat. die innere Poliklinik des Augustahospitals wieder auf mit Klagen über Magenbeschwerden, Kopfschmerzen, Schmerzen in der rechten Seite, die beim Gehen zunehmen. Pat. kann jetzt weder auf der rechten noch auf der linken Seite liegen, muss sich stets im Bette auf den Rücken legen. Die Bandage verschafft angeblich wenig Erleichterung.

Die Niere ist im Stehen und Liegen deutlich palpabel, lässt sich leicht nach oben verschieben. Wenn die Niere zwischen den palpirenden Fingern hindurchgleitet, hat Pat. lebhafte Schmerzen an der Druckstelle und in der rechten Seite. Am 11. IX. bestehen die angegebenen Beschwerden ohne wesentlichen Unterschied fort. Die Niere zeigt denselben Befund, Bandage verschafft keine Erleichterung.

Pat. ist trübe gestimmt, kann schwerere Arbeit nicht verrichten. Der Befund bei der Pat., welche ich Anfangs December

zum letzten Male sah, hat sich nicht geändert, die subjektiven Beschwerden bestehen bald stärker, bald schwächer fort.

2. 20. III. 89. Frau A. Kl., 33 jährige Kaufmannsfrau, ist seit 12 Jahren verheirathet und vor 10 Jahren entbunden worden; seit 2 Jahren klagt Pat. über Schmerzen im Kreuz und Leib angeblich in Folge eines Falles von der Treppe. Schmerzen treten anfallsweise auf ohne jede Veranlassung, auch des Nachts, beim Laufen und Gehen ebenfalls. Pat. wurde menstruirt mit $22^3/_4$ Jahren. Die Menstruation war bis dahin ausgeblieben wegen Hymen imperforatus. Bis zu dieser Zeit traten hin und wieder Ohnmachtsanfälle, angeblich auch Krämpfe mit Bewusstlosigkeit auf. Pat. wurde nach $1^3/_4$ jähriger Ehe von Professor Schröder operirt, wonach Conception eintrat. Nach der Entbindung traten die Ohnmachtsanfälle seltner auf, doch sollen sich Schreikrämpfe eingestellt haben. Vor 5 Jahren wurde Pat. von Prof. Küster wegen Wanderniere operirt, sie wurde zu der Operation veranlasst durch Kreuz-, Seiten- und Kopfschmerzen, starkes Erbrechen und allgemeine Mattigkeit. Nach der Operation relatives Wohlbefinden bis vor 14 Tagen. Um diese Zeit bekam P. wieder Kreuz- und Leibschmerzen. Der Appetit liess nach, häufiger Drang zum Uriniren stellte sich ein. Pat. bekam wieder Schwindel und Ohnmachtsanfälle.

Pat. ist gross und kräftig gebaut, Muskulatur gut entwickelt, Fettpolster ebenfalls, Hautfarbe normal. Rechte Niere dislocirt, sehr beweglich, liegt schräg zur Mittellinie, keine Vergrösserung nachweisbar. Die Consistenz ist etwas härter als gewöhnlich. Die Niere verschiebt sich mit der Respiration. Pat. hat keine Gastrektasie; Pat. zeigt grosse Mattigkeit, hat kein Fremdkörpergefühl, hat Kreuzschmerzen in der Lumbalgegend in der Höhe der 12. Rippe. Die Beschwerden steigern sich zur Zeit der Periode. Stuhlgang unregelmässig, angehalten. Pat. hat wenig Appetit und Durst, hat öfter Erbrechen und das Gefühl des Vollseins im Magen. Im Urin kein Albumen nachweisbar.

Das Tragen einer rechts stärker als links gepolsterten Bandage verschafft der Pat. sehr wenig Erleichterung.

Thesen.

I.

Jede Niere, die bei der Palpation eine deutliche respiratorische Verschiebung zeigt, ist für pathologisch zu halten.

II.

Lageveränderungen der Niere stehen nicht in einem direkten ursächlichen Verhältniss zu einer gleichzeitigen Magenerweiterung, sondern beide Erkrankungen beruhen auf zufälliger Coincidenz.

III.

Der negative Ausfall der gebräuchlichen Salzsäurereactionen bei Untersuchungen des Mageninhalts ist nicht als ein sicheres diagnostisches Zeichen von Carcinoma ventriculi anzusehen.

Lebenslauf.

Verfasser, Leopold Kuttner, Sohn des verstorbenen Fabrikbesitzers M. Kuttner, jüdischer Religion, geboren am 29. März 1866 zu Gr. Glogau, besuchte das Königliche Gymnasium ebendaselbst, wo er Ostern 1886 das Zeugniss der Reife erhielt. Im April desselben Jahres wurde er bei der medicinischen Fakultät in Freiburg, im Oktober bei derselben Fakultät in Berlin inscribirt. Nachdem er im Febr. 1888 die ärztliche Vorprüfung bestanden hatte, genügte er seiner Dienstpflicht mit der Waffe in der 4. Comp. des dritten Garde-Regimentes zu Fuss in Berlin. Am 20. Febr. 1890 absolvirte er das Examen rigorosum. Vom 5. März bis Mitte September 1889 famulirte er auf der inneren Abtheilg. des Augusta-Hospitals unter H. Prof. Ewald, von Mitte September 1889 auf der chirurg. Poliklinik derselben Anstalt unter H. Prof. Küster.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren:

In Freiburg: Baumgarten, Strasser, Weissmann.

In Berlin: Behrend, von Bergmann, du Bois-Reymond, Ewald, Gusserow, Guttmann, Koch, Kossel, Küster, Landau, L. Lewin, Liebreich, Martius, Senator, Uhthoff, Veit, Virchow, Waldeyer, J. Wolff.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht Verfasser seinen aufrichtigsten Dank aus.